



UNIVERSIDADE DE CABO VERDE
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

LINHA DE PESQUISA: SAÚDE MENTAL

MÁRIO ANTÓNIO SOARES ALMADA BARROS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS, PADRÃO DE USO DE
SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS: RESPOSTA AO PROGRAMA DE TRATAMENTO
DOS RESIDENTES DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA GRANJA DE SÃO FILIPE

MÁRIO ANTÓNIO SOARES ALMADA BARROS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS, PADRÃO DE USO DE
SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS: RESPOSTA AO PROGRAMA DE TRATAMENTO
DOS RESIDENTES DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA GRANJA DE SÃO FILIPE

Dissertação apresentada à Universidade de
Cabo Verde, em parceria com a Universidade
Estadual Paulista e com a Faculdade de
Medicina de Botucatu, como parte dos
requisitos para a obtenção do grau de Mestre
em Saúde Pública.

ORIENTADOR:

PROFESSOR DOUTOR JOSÉ MANOEL BERTOLOTE

MÁRIO ANTÓNIO SOARES ALMADA BARROS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS, PADRÃO DE USO DE
SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS: RESPOSTA AO PROGRAMA DE TRATAMENTO
DOS RESIDENTES DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA GRANJA DE SÃO FILIPE

Dissertação apresentada à Universidade de
Cabo Verde, em parceria com a Universidade
Estadual Paulista e com a Faculdade de
Medicina de Botucatu, como parte dos
requisitos para a obtenção do grau de Mestre
em Saúde Pública.

Aprovada em ____/____/____

O Júri

(Orientador)

(Arguente)

(Presidente)

CIDADE DA PRAIA
2014

Devemos não apenas acreditar que as coisas têm de mudar, mas também acreditar que "Eu tenho de mudá-las". Devemos considerar a nós mesmos como a fonte da mudança. Caso contrário, ficaremos sempre à procura de outra pessoa para fazer a mudança por nós, e sempre teremos alguém para culpar quando não der certo. Devemos ser a fonte de nossa mudança, se quisermos que essa mudança dure.

Anthony Robbins

DEDICATÓRIA

Aos Dependentes de Substâncias Psicoactivas, especialmente aos que participaram nesta resposta ao programa de tratamento, que corresponde a uma importante estratégia para aumentar a taxa de conclusão do mesmo.

A todos os funcionários da CTGSF, particularmente aos enfermeiros, Fernando Cá, Francisco Miranda e Silvia Fortes, pelo apoio prestado em todos os momentos. Às estruturas, especialmente às de saúde, que desde a abertura do centro têm colaborado no envio da ficha de encaminhamento.

Ao Manuel Soares Sena (in Memoriam), meu querido Avô “Pai”, pelos valores que me passou, por tudo o que me ofereceu de forma incondicional, desde a minha infância. Um exemplo de homem na sua postura digna perante a vida.

AGRADECIMENTO

Ao meu Senhor Bom Deus, pela sua protecção, pela sua força nos momentos de desânimo e pela iluminação da mente nos instantes de confusão.

Ao Professor Doutor José Manoel Bertolote, meu orientador, autêntico modelo a seguir, por ter aceitado o desafio de me orientar, acreditando e fazendo-me acreditar na conclusão deste trabalho. Agradeço pela sua paciência, tolerância e, fundamentalmente, pela oportunidade que me proporcionou de crescer a nível pessoal e profissional, durante este tempo.

A todos os Professores, pelas suas contribuições fundamentais neste processo de mestrado, nomeadamente: Prof^a. Dr^a. Eliana Goldfarb Cyrino, Prof. Dr. Arlindo Vieira, Prof^a. Dr^a. Patrícia Dantas dos Reis, pelas vossas disponibilidades para partilhar ideias e tirar dúvidas, contribuindo significativamente para a conclusão deste estudo.

Ao amigo Carlos Mendes, um exemplo enquanto docente e pessoa, pela sua paciência para comigo e pelo seu enorme contributo neste estudo, que várias vezes deixou a sua família para estar envolvido neste trabalho.

Aos meus colegas de pós-graduação, sobretudo aos amigos João Neves, António Carlos Varela, Eneida da Luz, Herlander Rodrigues, José António Reis, Antonieta Martins, António Roliano, Domingas de Pina, entre outros, que desde o primeiro ao último momento, entre nós, partilhámos as ideias, as dúvidas, os desesperos, as conquistas, enfim, tudo o que ocorreu durante essa longa caminhada.

À minha mãe, Celeste Almada, para quem escasseiam as palavras que possam expressar toda a minha gratidão por tudo aquilo que tem feito por mim.

À minha filha Nathalie, pela compreensão, carinho e tolerância demonstrados, enquanto decorria esta pesquisa, entendendo a minha longa ausência.

Aos meus irmãos Gilson, Flávio, Eurídice e Patrícia, pelo incentivo demonstrado.

Ao meu tio e amigo, José Maria Correia, que desde cedo acompanhou o meu percurso, contribuindo com a sua motivação para que hoje eu conclua mais uma etapa na minha carreira académica.

Às psicólogas terapeutas Zânia Silva, pela disponibilização dos documentos importantes na realização deste estudo e Lucinda Monteiro, pelo incentivo.

Aos meus amigos, Rodolfo Varela Tavares, António Moreira Monteiro, Osvaldo Moreira e Armando Furtado, pelo incentivo, pela partilha de vários momentos da vida e, sobretudo, pela confiança depositada em mim na realização deste trabalho. É também de enorme reconhecimento a ajuda prestada pelo amigo Nilson Oliveira Montrond Lopes.

RESUMO

O consumo de substâncias psicoactivas é um problema devastador e com um enorme impacto para a saúde pública, tanto em Cabo Verde como no resto do globo. Diversas organizações, baseadas em programas terapêuticos, têm trabalhado com o intuito de combater este flagelo, que vem afectando um número considerável de indivíduos em todo o mundo. A Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe é uma das instituições que, com o uso do seu programa terapêutico, tem lutado para que os seus utentes sejam libertados da dependência de substâncias psicoactivas, porém, nem sempre os residentes têm correspondido adequadamente ao programa de tratamento. Este estudo tem como objectivo identificar, descrever e analisar as características sociodemográficas, clínicas e padrão de uso de substâncias psicoactivas de residentes, numa Comunidade Terapêutica, e a sua relação com a resposta ao programa de tratamento. O presente estudo é caracterizado por uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa. O universo foi composto por 215 indivíduos que passaram pela CTGSF. Fez-se um levantamento dos processos dos ex-residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe e foram identificadas as respostas ao programa de tratamento. Desses prontuários, foram colhidas as informações a respeito das características sociodemográficas, das características clínicas (comorbidades) e do padrão de uso de substâncias psicoactivas. Os resultados indicam que 46,5% responderam com conclusão do programa, 27% com abandono, 22,8% com expulsão, 3,3% com fuga e 0,5% com óbito. O género e o número de comorbidades associaram-se significativamente à não conclusão do programa de tratamento. Os achados deste estudo são de importância para detectar, na admissão, os pacientes portadores de factores associados à não conclusão do programa de tratamento proposto na Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, no sentido de poder contribuir para melhorar a resposta ao programa de tratamento dos residentes, bem como o seu prognóstico.

Palavras-chave: Comunidade terapêutica, avaliação de resposta ao tratamento, dependência por uso de substâncias, Cabo Verde

ABSTRACT

The psychoactive substance use is a devastating problem with enormous impact on public health both in Cape Verde and in the rest of the globe. Several organizations, employing different therapeutic programs have been working aiming at combating this scourge that is affecting considerable numbers of individuals worldwide. The Comunidade Terapêutica Granja de São Felipe (CTGSF) is one of the institutions that has struggled free users from substance dependence, however, not always, have residents responded adequately to the treatment program. This study aims at identifying, describing and analyzing sociodemographic and clinical characteristics of substance dependents, as well as their pattern of psychoactive substance use, residents in a therapeutic community, and its relation to the response to the treatment program. It is a descriptive study with a quantitative approach. The sample was composed of 215 individuals admitted to the CTGSF. Information regarding sociodemographic characteristics, clinical characteristics (comorbidities), the pattern of psychoactive substance use and responses to the treatment program was collected from the files of the residents. Results indicate that 46.5 % completed the program, 27 % withdrew from it, 22.8 % were expelled, 3.3% run away and 0.5 % died. Gender and comorbidities were significantly associated with non-completion of the treatment program. Findings of this study are important to detect, on admission, patients with factors associated with non-completion of the treatment program proposed in the CTGSF, in order to contribute to improve the response to treatment program for residents and their prognosis.

Key-words: Therapeutic community, evaluation of response to treatment, substance use dependence, Cape Verde.

ABREVIATURAS

CCCD-MJ	Comité de Coordenação do Combate à Droga - Ministério da Justiça
CCS-SIDA	Comité de Coordenação do Combate à SIDA
CT	Comunidade Terapêutica
CTGSF	Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe
CTs	Comunidades Terapêuticas
HCV	Vírus de Hepatite C
JOCUM	Jovens Com Uma Missão
LSD	Dietelamina de Ácido Lisérgico
OBCs	Organizações de Base Comunitária
ONGs	Organizações Não-governamentais
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
THC	Tetrahidrocannabinol
TPS	Trabalhadoras Profissionais de Sexo
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Criança
UNODC	Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

SUMÁRIO

CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO	1
1.1. Conceitos	1
1.2. Delimitação do problema.....	2
1.3. Justificativa.....	3
1.4. Objectivos.....	3
1.4.1. Objectivo geral	3
1.4.2. Objectivos específicos.....	3
1.5. Perguntas a serem respondidas	4
1.6. Hipóteses	4
1.7. Etapas da investigação.....	5
1.8. Estrutura do trabalho	5
 CAPÍTULO II: REVISÃO DA LITERATURA	 7
2.1. Perspectivas histórico-culturais do uso de drogas	7
2.2. História e caracterização das Comunidades Terapêuticas.....	11
2.3. Dependência de Substâncias Psicoactivas	15
2.4. Tipos de drogas consumidas.....	16
2.5. Dados epidemiológicos sobre uso de drogas	32
2.6. Comorbidades.....	35
2.7. Programa Nacional Integrado de Luta Contra Droga e Crime em Cabo Verde (2012-2016)	40
2.7.1. Análise e avaliação de algumas medidas implementadas.....	41
2.7.2. Estruturas de prevenção e de tratamento	41
2.7.3. Medidas e políticas adoptadas.....	42
2.7.4. Desafios Prioritários de Cabo Verde em matéria do Combate à Droga e Crime	42
2.8. Tratamento	43
2.8.1. Factores gerais que contribuem para ou dificultam completar o programa de tratamento...45	
2.8.2. Factores que interferem com a adesão e o envolvimento em programas de tratamento e sua conclusão	51
2.8.3. Factores que contribuem para a adesão e o envolvimento em programas de tratamento e sua conclusão	52
2.8.4. Factores que dificultam a adesão e o envolvimento em programas de tratamento e sua conclusão	57
2.9. Programa Terapêutico.....	61

CAPÍTULO III: METODOLOGIA	63
3.1. Tipo de estudo	63
3.2. Local do estudo.....	63
3.3. Local do estudo: descrição do modelo terapêutico e filosofia intrínseca ao programa de tratamento.	64
3.4. Principais Actividades Psicoterapêuticas	66
3.5. Fonte de dados e Sujeitos	68
3.6. Definição e operacionalização das variáveis em estudo.....	69
3.7. Variável Dependente	70
3.8. Variáveis Independentes.....	70
3.9. Instrumento de colheita de dados.	72
3.10. Processamento de dados	72
3.11. Procedimentos formais éticos-legais em pesquisa com seres humanos	73
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	74
4.1. Resultados.....	74
4.2. Análise descritiva das variáveis.....	74
4.2.1. Características sociodemográficas.....	74
4.2.2. Padrão de consumo de substâncias psicoactivas.....	76
4.2.3. Características clínicas (Comorbidades)	81
4.2.4. Resposta ao tratamento.....	82
4.2.5. Tratamentos anteriores.....	83
4.3. Análise inferencial	84
4.3.1. Categorias de referência.....	84
4.4. Resultado de Análise de Regressão Logística Binária	86
CAPÍTULO V: DISCUSSÃO	89
CAPÍTULO VI: CONCLUSÃO.....	108
CAPÍTULO VII: REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	110
CAPÍTULO VIII: APÊNDICE	159
Apêndice I – Formulário de colheita de dados	159
Apêndice II – Autorização do serviço para realização do estudo.....	162

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Frequência e percentagem dos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, segundo as características sociodemográficas, Cabo Verde, 2006 – 2010.	74
Tabela 2: Idade (em anos) de início do uso de drogas em Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, por tipo de substância psicoactiva, Cabo Verde, 2006 – 2010....	76
Tabela 3: Frequência e percentagem dos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, conforme a primeira substância psicoactiva consumida, Cabo Verde, 2006 – 2010.	77
Tabela 4: Frequência e percentagem dos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, segundo tipos de drogas consumidas, Cabo Verde, 2006 – 2010.	77
Tabela 5: Frequência e percentagem das múltiplas substâncias psicoactivas usadas por residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, Cabo Verde, 2006 – 2010.	77
Tabela 6: Tempo de consumo (em anos) dos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe por, dependência, Cabo Verde, 2006 – 2010.....	79
Tabela 7: Frequência e percentagem dos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, por tipo de droga que levou a procurar o tratamento, Cabo Verde, 2006 – 2010.	79
Tabela 8: Frequência e percentagem dos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, segundo números de drogas consumidas, Cabo Verde, 2006 – 2010.	80
Tabela 9: Frequência e percentagem das comorbidades apresentadas pelos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, Cabo Verde, 2006 – 2010.....	81
Tabela 10: Frequência e percentagem dos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, por número de comorbidades, Cabo Verde, 2006 – 2010.	82

Tabela 11: Frequência e percentagem dos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, por resposta ao programa de tratamento, Cabo Verde, 2006 – 2010. 82

Tabela 12: Comparações das percentagens das respostas ao programa de tratamento dos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, por género, Cabo Verde, 2006 – 2010. 83

Tabela 13: Análise da regressão logística binária para a não conclusão do programa de tratamento (n= 215). 86

Capítulo I: Introdução

O presente trabalho enquadra-se no âmbito do primeiro Curso de Mestrado em Saúde Pública, realizado pela Universidade de Cabo Verde, em parceria com a Faculdade de Medicina Botucatu e com a Universidade Estadual Paulista “Júlio Mesquita Filho”, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública.

1.1. Conceitos

Para uma melhor compreensão do trabalho, torna-se necessário definir alguns conceitos relacionados à dependência de substâncias psicoactivas, utilizados neste estudo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006) define droga como “qualquer substância natural ou sintética que, administrada por qualquer via no organismo, produz alterações na sua estrutura ou função”. Por seu lado, Straub (2005) especifica que drogas psicoactivas são substâncias químicas que actuam no cérebro, modificando o humor, a consciência e outras funções psicológicas ou o comportamento.

No processo de tratamento e de recuperação do dependente químico, há uma estreita relação entre o conceito da droga, de dependência de substância psicoactiva, de dependentes de substâncias psicoactivas e de Comunidade Terapêutica. Deste modo, a toxicodependência, ou dependência de substâncias psicoactivas, consiste numa condição de dependência física e/ou psicológica de uma substância tóxica, devido ao seu uso esporádico ou continuado (OMS, 2006). A dependência química é uma doença cerebral, de curso crónico e recidivante, caracterizada por alterações na estrutura e na actividade desse órgão, resultante do uso continuado de uma dada substância psicoactiva (Kaliva & Wolkov, 2005, citado por Laranjeira, 2010).

O dependente químico é uma pessoa que se depara com uma situação vivencial inaceitável ou indesejável e que, não a conseguindo resolver ou dela se esquivar, tem como opção a alteração da percepção dessa realidade, através de substâncias psicoactivas (Silveira, 1995, citado em Silveira & Moreira, 2006).

Um dos métodos de tratamento para a dependência de substâncias psicoactivas é, precisamente, o de abordagem em Comunidade Terapêutica. As Comunidades Terapêuticas (CT) são unidades especializadas de tratamento residencial de duração prolongada, em regime de internamento, que através de apoio psicoterapêutico e socioterapêutico procuram ajudar a reorganização do mundo interior dos toxicodependentes e a perspectivar o seu futuro (Instituto da Droga e Toxicodependência, 2011). De acordo com este Instituto, as Comunidades Terapêuticas constituem espaços residenciais, destinados a promover a reabilitação biopsicossocial do doente toxicodependente, por meio de um programa terapêutico estruturado em diferentes fases (Instituto da Droga e Toxicodependência, 2011).

São diversas as variáveis intervenientes no processo de tratamento do dependente químico, como veremos adiante. De entre estas, destacam-se as características sociodemográficas, que segundo Juárez (2002) são um conjunto de características biológicas, socioeconómicas e culturais que estão presentes na população submetida a investigação, e que são susceptíveis de mensuração.

1.2. Delimitação do problema

O abandono precoce do tratamento é uma ocorrência constante no tratamento de usuários de drogas. Como a Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe (CTGSF) é o único serviço de Cabo Verde, especializado no tratamento de dependentes de substâncias psicoactivas, o impacto que isso representa para o Programa Nacional de Saúde Mental e para o Programa Nacional Integrado de Luta Contra a Droga e Crime adquire proporções ainda mais significativas. É, portanto, mister documentar a real extensão desse problema e avançar no entendimento dos seus determinantes.

Até 2005, em Cabo Verde, os dependentes de substâncias psicoactivas graves, necessitados de cuidados hospitalares, eram tratados conjuntamente com os portadores dos demais transtornos mentais, sem um local especializado compatível com as suas características e necessidades clínicas e terapêuticas. Embora desconheçamos qualquer estudo de avaliação do resultado dos tratamentos efectuados nesses serviços psiquiátricos gerais, em Cabo Verde, a experiência internacional é unânime em considerar que os dependentes químicos obtêm os maiores benefícios terapêuticos quando tratados em locais especializados.

Isso levou as autoridades nacionais a criarem, em 2005, a CTGSF, com a finalidade precípua de prestar atendimento a usuários de substâncias psicoativas que houvessem atingido o estágio de dependência, para os quais os cuidados ambulatoriais eram insuficientes.

1.3. Justificativa

O consumo de substâncias psicoativas tem tido um papel fulcral no aumento da problemática da sociedade em geral, afectando milhares de pessoas. Particularmente, em Cabo Verde, numa população a rondar os 500 mil habitantes, tem-se verificado uma procura significativa, por parte de dependentes de substâncias psicoativas, de tratamento especializado. Como este centro não recebe indivíduos dependentes do álcool e do tabaco, o estudo não cobre essas substâncias, sendo então o eventual uso dessas drogas registado como comorbidade.

A maior parte dos residentes que passaram pela CTGSF não respondeu de forma eficaz ao programa de tratamento, acabando mesmo por ser expulsa, por abandonar ou mesmo fugir, sobretudo as mulheres. Perante estas constatações, e pelo que se encontra na literatura especializada, torna-se necessário aguçar o nosso olhar em direcção à resposta ao programa de tratamento. Deste modo, percebe-se o quão relevante é realizar um estudo para melhor compreensão desse processo dinâmico de tratamento e da resposta dos residentes a esse mesmo tratamento. E, para além disso, trata-se de um trabalho académico científico, que motiva tanto a nível pessoal como profissional.

1.4. Objectivos

1.4.1. Objectivo geral

- Reconhecer as características sociodemográficas, características clínicas e padrões de uso de substâncias psicoativas dos residentes da CTGSF e a sua relação com o completar ou não os nove meses de duração regulamentar do programa de tratamento.

1.4.2. Objectivos específicos

- Descrever as características sociodemográficas, clínicas (comorbidades) e os padrões de uso de substâncias psicoativas de residentes da CTGSF.

- Analisar as relações entre as características sociodemográficas, as clínicas (comorbidades) e os padrões de uso de residentes da CTGSF com o completar ou não o programa de tratamento.

1.5. Perguntas a serem respondidas

Este estudo descritivo-analítico surgiu de várias questões que orientaram a trajetória da sua elaboração. Assim, identificaram-se as seguintes perguntas de investigação:

P1: Qual é a proporção dos dependentes de substância psicoactiva admitida que completam os nove meses de tratamento na CTGSF?

P2: Quais são as características sociodemográficas dos dependentes de substância psicoactiva, admitidos na CTGSF, que determinam a conclusão dos nove meses regulamentares?

P3: Quais são os padrões de uso associados a essa completude?

P4: Quais são os factores clínicos (comorbidades) associados às características sociodemográficas e aos padrões de uso encontrados?

1.6. Hipóteses

H1: A percentagem dos dependentes de substâncias psicoactivas do género masculino, que adere ao programa de tratamento e o completa, é superior à percentagem do género feminino.

H2: A maioria dos residentes da CTGSF que não adere ao programa de tratamento e não o completa é composta por aqueles que já consumiram dois ou mais tipos de drogas.

H3: A maioria dos residentes da CTGSF, que não completa o programa de tratamento, iniciou o uso da droga antes dos 18 anos.

H4: Há associações específicas entre características sociodemográficas, padrões de uso e comorbidade.

1.7. Etapas da investigação

A realização desta investigação teve início em Setembro de 2011 e terminou em Abril de 2014. Começou com uma pesquisa bibliográfica aprofundada sobre o tema, que serviu de base à execução prática, seguidamente dirigiu-se à CTGSF e, por meio de aplicação de um formulário, fez-se um levantamento dos dados que constavam do processo clínico dos indivíduos admitidos à CTGSF entre 01 de Janeiro de 2006 e 31 de Dezembro de 2010. Por fim, procedeu-se à análise, ao tratamento, à apresentação e à discussão dos resultados.

1.8. Estrutura do trabalho

Do ponto de vista estrutural, este trabalho é composto por oito capítulos. O Capítulo I corresponde à introdução, onde se pretende apresentar as justificativas da investigação, a delimitação do problema, os objectivos, as principais hipóteses formuladas e, por fim, as perguntas a serem respondidas pela pesquisa.

O Capítulo II é referente à revisão da literatura, cujo conteúdo dará suporte ao problema em estudo. Neste capítulo serão abordados alguns aspectos históricos e os conceitos relativos à dependência de substâncias psicoactivas, dados epidemiológicos sobre o uso de drogas, o programa nacional integrado de combate às drogas, o tratamento, onde serão abordados também os factores gerais que contribuem ou dificultam completar o programa de tratamento, entre eles, os tipos de drogas consumidas, as comorbidades, o programa terapêutico, a descrição do modelo terapêutico e a filosofia intrínseca ao programa de tratamento, finalizando com as principais actividades psicoterapêuticas desenvolvidas.

O Capítulo III diz respeito à metodologia, onde se abordam os aspectos fundamentais relacionados com a investigação de campo, com o tipo de estudo, o local do estudo, a definição e a operacionalização das variáveis em estudo, os sujeitos, as unidades de análise, a descrição do instrumento de colheita de dados, a colheita de dados, o processamento de dados e os procedimentos formais ético-legais em pesquisa com seres humanos. O Capítulo IV corresponde aos resultados, onde se faz a análise descritiva e inferencial dos mesmos. O Capítulo V dedica-se à discussão dos resultados do estudo, realçando os mais relevantes, as suas implicações e limitações, bem como as recomendações. O Capítulo VI refere-se às conclusões do estudo, destacando-se as principais. Por fim, as referências bibliográficas e, posteriormente, os apêndices, nos Capítulos VII e VIII, respectivamente. Ainda como

suporte, utilizaram-se as normas APA (6ª edição) e o regulamento do trabalho do fim de curso, propostos pela Universidade de Cabo Verde.

Capítulo II: Revisão da Literatura

Esta revisão da literatura foi baseada sobretudo nas bases de dados Bireme e Scielo, Pub Med, procurando artigos em Inglês, Português, Espanhol e Francês. Ainda, foram consultadas Dissertações, Teses e Relatórios de Congressos.

2.1. Perspectivas histórico-culturais do uso de drogas

O consumo e a dependência de substâncias psicoactivas são fenómenos que remontam à antiguidade, pelo que não podem ser considerados fenómenos contemporâneos; esta é a opinião unânime de diversos autores (Andrade, 1994; Gomes *et al.*, 2004; Cordeiro, 2004; Brasiliano, 2005; Dias & Pinto, 2006; Mota, 2009).

Para Araújo e Moreira (2006), por exemplo, o consumo de plantas psicoactivas remonta aos ancestrais do homem e é um assunto polémico dos nossos tempos, de facto, é um tema trivial na história da humanidade. Outrora, elas eram utilizadas como parte de rituais religiosos, como medicamentos ou em carácter recreativo (Musto, 2002; Araújo & Moreira, 2006; Ribeiro, 2006). Em tempos, o uso das drogas servia, sobretudo, para tolerar as adversidades do ambiente em que vivia o homem (Sullivan & Hagen, 2002), aumentar o prazer e diminuir o sofrimento (Martins & Correia, 2004), servindo-lhe de alimento (Dudley, 2002), embora pudesse causar-lhe o bem ou o mal; a vida ou a morte (Escohotado, 1996). Efectivamente, tanto os sacerdotes e depois os médicos (que exerciam uma arte sagrada) tinham por hábito prescrever, de modo ritual, o uso de “drogas”. Antes de 7000 anos a.C., foi interdito o uso de drogas fora dos quadros prescritos pela religião, o que justifica estes laços eternos entre as drogas e o sagrado (Angel, Richard & Valleur, 2002).

De salientar que os primeiros ancestrais humanos eram herbívoros e as frutas, nozes, raízes e tubérculos constituíam a sua principal fonte de alimentação. As drogas psicoactivas também integravam o seu regime alimentar, eram consumidas na forma de plantas e ingeridas como alimentos (Araújo & Moreira, 2006).

Segundo Escohotado (1996), antes de Hipócrates, entre a técnica médica e a magia, tudo aquilo que alterasse o ânimo era milagroso ou divino. Então, as plantas, com essas propriedades, eram vistas pelos sacerdotes como enteógenas (criam Deus

dentro da pessoa) e constituíam um instrumento fundamental para os curandeiros nas suas operações lustrais e divinatórias.

Para Andrade (1994), desde 7000 anos a.C., a utilização de plantas nos rituais religiosos propagou-se pela Índia, Europa e Américas. Uma espécie de cogumelo produzia um suco que era fermentado e o resultado era um preparado alcoólico, útil como medicamento, na comunicação com Deuses e no alívio da dor física moral resultante das angústias. Os Sumérios, que viveram cinco mil anos a.C., numa região próxima do Golfo Pérsico, tornaram-se pioneiros ao deixarem os seus testemunhos em tabletes, relativamente à relação íntima, estranha e fascinante dos homens com as drogas. Consideravam o ópio sinónimo de “júbilo” e “regozijo” (Angel, Richard & Valleur, 2002).

De acordo com os mesmos autores, os Egípcios extraíam o ópio da papoila, utilizado simultaneamente como medicamento e veneno. Além disso, dois mil anos previamente à nossa época usavam cânhamo (Indiano) para fugirem das preocupações diárias, fome, fadiga, quiçá para se aproximarem dos deuses, já que ele é consumido sob a injunção do sumo-sacerdote.

Nas civilizações pré-colombianas, os Incas mascavam as folhas de coca e chamavam-nas de Mama Coca, crendo que a planta era uma dádiva dos deuses para que pudessem enfrentar tanto a fome como a fadiga (Escohotado, 1996).

Os escritos de Heródoto evocam as virtudes terapêuticas do ópio. Hipócrates, iniciador da observação clínica, embora recorresse a tratamentos simples, reconhecia que se podia aliviar o mal graças ao ópio e Galeno reforçou que o ópio era um dos constituintes da *teriaga*¹ (Angel, Richard & Valleur, 2002).

No período da Antiguidade Clássica, as substâncias psicoactivas foram utilizadas com finalidades médicas, rituais e profanas. A partir do século XVIII, foram realizadas diversas experiências científicas, resultando numa enorme quantidade de

¹ Teriaga - preparação farmacêutica de uso comum contra as mordeduras de serpentes preparada por Galeno (primeiro médico “moderno” que influenciou todas as ciências médicas desde do século II ao século XVII da nossa era).

medicamentos produzidos a partir dos alcalóides dessas plantas (Araújo & Moreira, 2006).

Nos finais do século XIX, nos Estado Unidos, a cocaína acabou por se tornar um dos componentes da *Coca-Cola* e a heroína era vendida sob a forma de xarope sedativo, não só para bebés como também para o tratamento do alcoolismo (DuPont, 2005).

Segundo Escohotado (1996), o espírito contestador do Romantismo via a finalidade do uso de substâncias psicoactivas como meramente recreativa. Foi essa uma época caracterizada por enorme complacência, com o surgimento de vinhos à base de coca, a abertura de salões de ópio (*fumeries*) e o consumo de *cannabis*.

Esta nova condição de consumo das substâncias psicoactivas, carente de princípio cultural e de rituais de controlo, proporcionou novos padrões de uso, com o surgimento de complicações e de danos físicos, psicológicos e sociais. O Estado sentiu a necessidade de criar mecanismos de controlo, sendo que nos finais do século XIX e no princípio do século XX, na Europa e nas Américas, ocorreu o primeiro ciclo de intolerância ao uso de substâncias psicoactivas. Nos Estados Unidos, essa perseguição iniciou-se com o ópio (1870), passou pela campanha contra a cocaína, foi aprovado o *Harrison Act* (1914), a primeira lei contra esta substância, chegando à aprovação de uma lei, o *Volstead Act* (Lei Seca), que interditava a venda, a distribuição e o consumo de bebidas alcoólicas em todo o território americano, a qual vigorou entre 1919 e 1933 (Araújo & Moreira, 2006).

A comunidade messiânica e sionista negra da Jamaica (os “rastafarianos”), crendo que o Imperador da Etiópia (o rás Taffari) os faria regressar a África, evangelizaram que a *cannabis* é “uma erva sagrada criada por Deus com o fim de levar sabedoria ao seu povo” (Morel, Boulanger, Hervé & Tonnelet, 2001).

No decorrer do século XX, as reduzidas listas de drogas existentes multiplicaram-se, acompanhando as descobertas dos cientistas de moléculas produtoras de efeitos prazerosos ao nível cerebral: os barbitúricos, as anfetaminas e mentanfetaminas, e uma nova gama de drogas alucinogénias sintéticas, desde o LSD, PCP (Fenciclidina) e MDMA (Metilenodioximentanfetamina). Os narcóticos sintéticos

e semi-sintéticos são analogamente numerosos, da metadona e hidromorfona à meperidina e à heroína (DuPont, 2005).

Em 1943, durante a segunda guerra mundial, muitos soldados consumiam anfetaminas e Albert Hoffman descobriu o ácido lisérgico no quadro do laboratório farmacêutico suíço Sandoz, tendo mesmo, por advertência, consumido este pó branco (Angel, Richard & Valleur, 2002).

Moreira e Araújo (2006) observam que, desde o fim da década de 70, o cenário das drogas passou por uma era de mudanças, pois começou um segundo período de intolerância às drogas, liderado pelos Estados Unidos e reforçado pela elaboração das Convenções-Irmãs da ONU.

Em meados de 1975 e 1976, as sementes de uma planta denominada *cannabis sativa*, proveniente da Ásia Central e Ocidental, difundidas pelas regiões tropicais e temperadas do mundo, conhecidas por Liamba ou “*Padjinha*”, chegaram a Cabo Verde através dos cabo-verdianos que regressavam de Angola, geralmente denominados de “Retornados D’Angola” (Veiga, 1992).

Segundo o mesmo autor, esses retornados diziam que haviam trazido as sementes de “Cangonha” com o objectivo de fazerem chá para dores de cabeça e que em Angola usavam-nas como “tabaco”.

Actualmente, as suas complicações clínicas e sociais são consideradas um problema de saúde pública (Beltrão *et al.*, 2003; Raupp & Sapiro, 2008; Pratta & Santos, 2009), constituindo uma realidade atemorizadora, aí incluídos adolescentes, jovens e adultos, de todos os estratos sociais, profissões e religiões (Loureiro, André & Lopes, 2000), com a desestruturação familiar, isolamento social e afectivo, criminalidade e superlotação, tanto nas celas prisionais como nos hospitais, a afigurar-se entre as principais consequências desse problema (Feijão, 2004; White & Kurtz, 2006). Esta situação constitui objecto de preocupação não só para as famílias como também para as organizações governamentais e não-governamentais (White & Whitters, 2005).

Percebe-se que, ao longo dos séculos, as drogas acompanharam os passos dos homens e, por vezes, relacionadas intimamente com estes, a funcionar com duas faces, a do bem e a do mal, e vão continuar a fazê-lo, até aos últimos momentos das suas vidas.

É preocupante a crescente onda de novas drogas sintetizadas, pois, cada vez mais, aumenta o número de dependentes de substâncias psicoactivas e as comorbidades associadas a elas, tornando-se num dos mais sérios problemas de Saúde Pública. Assim, torna-se necessário um esforço global para tentar travar ou minimizar a produção, o tráfico e o consumo dessas substâncias, cujas consequências negativas para a saúde do indivíduo, da família, da comunidade, da sociedade e do mundo são as mais sinistras possíveis.

2.2. História e caracterização das Comunidades Terapêuticas

De acordo com Prado e Queiroz (2012), as instituições entendidas como comunidades terapêuticas são antigas. O termo Comunidade Terapêutica (CT) foi, primariamente utilizado por Maxwell Jones, na Inglaterra, em 1959, para caracterizar um movimento de reforma do hospital psiquiátrico, marcado por medidas administrativas, democráticas, participativas e colectivas.

A comunidade Terapêutica nasceu para atender os casos de Distúrbio de Estresse Pós-Traumático entre prisioneiros torturados e outros indivíduos que tinham sofrido tratamentos degradantes durante a 2ª Guerra Mundial (Arnau, 2010).

As primeiras CTs tinham fins diversos dos que hoje se conhecem e, embora globalmente enquadradas numa configuração de saúde mental, destinavam-se inicialmente a promover, em ambiente seguro, a reabilitação psicossocial de soldados que padeciam de transtornos psíquicos, decorrentes de guerra (Instituto da Droga e Toxicodependência, [IDT], 2011).

A aparente diminuta ajuda da psiquiatria tradicional aos pacientes dependentes químicos fez com que o Dr. Maxwell Jones convidasse vários profissionais para investigar como falar directamente com os seus pacientes no seu próprio nível, procurando deste modo revelar a imagem do autoritarismo hospitalar, com enorme insistência na ideia de auto-ajuda, de entreaajuda e de trabalho conjunto para se ajudarem a si mesmos e mutuamente (Kalina & Kovadloff, 1998).

Em 1935, apareceu o grupo dos Alcoólicos Anónimos, fundado por Bill Wilson, que definiu um regulamento moral de 12 passos, cujo princípio se fundamentou na intensa experiência espiritual do seu fundador, após este ter passado por diversas

tentativas fracassadas de desintoxicação alcoólica, através dos meios médicos tradicionais (Galanter, 2005, como citado em Sanchez & Nappo, 2007).

Segundo Olievenstein (1988), em 1958 foi criada, na Califórnia, a fundação *Synanon*, sociedade sem fim lucrativos, determinada a ajudar a “reabilitação e cura dos drogados”.

Fracasso (2011) refere que a CT *Daytop Village* é o exemplo mais expressivo deste tipo de abordagem. Foi fundada em 1963 por William Bóbrien e David Deitch, tornando-se um programa terapêutico profundamente articulado.

Para a mesma autora, essas abordagens terapêuticas proliferaram, transpondo o Oceano Atlântico, propiciando a abertura de programas terapêuticos no norte da Europa, principalmente na Inglaterra, Holanda, Bélgica, Suécia e Alemanha.

Durante os anos 70 e na maior parte dos anos 80, o conceito de Comunidade Terapêutica associou-se exclusivamente ao tratamento da heroína, como uma forte presença da componente de auto-ajuda (Leon, 2002, como citado em Arnau, 2010).

Na década dos anos 90, gradualmente, ocorreu a profissionalização das CTs para dependentes de drogas ilícitas, o que coincidiu com a restauração da metodologia no campo de acção de saúde mental e com a sua projecção, feita em outras áreas (NIDA, 2003). Médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais são os profissionais especializados que passaram a figurar na equipa técnica das CTs. Foram ainda estabelecidas, em certos sítios, novas técnicas, como a aprendizagem social e o treinamento de habilidades (Leon, 1994).

Segundo Arnau (2010), no esquema proposto por Maxwell Jones, a metodologia da CT caracteriza-se por um conjunto de traços e componentes, que são:

- Uma CT é um centro residencial, em que se permanece a maior parte do tempo e onde os residentes convivem continuamente com os membros da equipa técnica;
- A permanência no centro tem uma duração determinada, pré-definida mediante critérios temporais ou com o alcance de determinados objectivos, mas sempre com um limite temporal máximo;

- Cada CT orienta-se como um colectivo social, com um perfil concreto e previamente estabelecido. Apenas indivíduos que têm o dito perfil estão capacitados para residir no centro;
- A admissão é voluntária, sem recursos a estratégias e medidas de retenção que vão contra os direitos individuais de cada um;
- Uma CT exige a presença e a intervenção de uma equipa técnica multidisciplinar, com predomínio de componentes psicossociais e educativos;
- A vida na CT é uma tentativa de reproduzir uma vida quotidiana real, para toda a equipa técnica e os residentes, que observam regras, interagem e, através de desenvolvimento dos seus papéis nessa micro-sociedade, geram intensos efeitos sobre os residentes;
- A vida diária real na CT é uma fonte de aprendizagem social, produzida num contexto de especial intensidade das relações sociais, o que, por seu turno, implica fortes controlos informais.
- A equipa técnica deve desenvolver um conjunto de procedimentos, facilitadores de intercâmbio de informações e de tomadas de decisões terapêuticas sobre os residentes, no sentido de que essa complexidade não exceda ou transforme a Comunidade num espaço caótico e pouco terapêutico.
- A CT recebe pessoas com diferentes tipos de problemas, com perfis diversificados, que geralmente apresentam uma combinação especialmente deletérios de problemas sanitários, sociais, psicológicos e morais. A admissão tem como objectivo primário ajudar a solucionar esses problemas, contudo o objectivo essencial é auxiliar os residentes a construir racionalmente um projecto de vida alternativo, que ajude a minimizar tais problemas.
- Numa CT, os residentes não se limitam apenas a receber ajuda profissional, mas adoptam uma postura progressiva de crescentes responsabilidades, acatando regras que contribuem para dinamizar a vida comunitária e ajudando os mais novos a integrar-se no grupo. Através desse processo, desenvolve-se um potencial de auto-ajuda, que contribui significativamente para o desenvolvimento e para a melhoria pessoal.
- Uma CT é um centro residencial que ostenta inúmeras vantagens, contudo não soluciona todos os problemas dos residentes. Frequentemente, os residentes apresentam situações problemáticas agudas, que requerem um vínculo mais

estrito com os serviços gerais, o que exige que a CT tenha nos seus quadros técnicos capazes de realizar a tarefa que a coordenação pretende.

- A metodologia da CT exige uma prática de avaliação contínua, pelo menos a três níveis: 1) avaliação dos casos individuais, por parte da equipa técnica, 2) a avaliação dos processos, procedimentos e resultados grupais, por parte desta equipa técnica e, se possível, com supervisores externos, 3) avaliação dos resultados.

Para Fracasso (2011), existe uma hierarquia exclusivamente funcional e sem interferência nas relações entre os indivíduos; cada elemento responsabiliza-se pelo seu próprio desenvolvimento, pedindo a ajuda necessária aos outros para se ajudar. Deste modo, cada residente torna-se “terapeuta” de si mesmo e dos outros constituintes do grupo da Comunidade. Tinoco (2006) considera fundamentais as concepções de auto-ajuda e de responsabilidade partilhada. Cabe a todos os residentes assumirem as suas responsabilidades pelo que sabem, testemunham e sentem dentro de uma CT e, quando alguém errar, a resposta deve ser de todos os residentes.

Inspirada nos grupos de auto-ajuda, em Julho de 2005, foi criada a primeira CT em Cabo Verde, um centro nacional para o tratamento dos indivíduos maiores de 18 anos de idade (Ministério da Justiça & Escritório das Nações Unidas Contra Drogas e Crime, [MJ & ONUDC], 2011).

Nas CTs profissionais, actualmente, existe uma visão individualizada do dependente, de maneira que dentro de um programa geral existe um processo avaliativo específico, considerando os factores comportamentais ou de personalidade, sociológicos, fisiológicos, educacionais e culturais. Assim, cada indivíduo será incorporado dentro do programa geral (Gil & Arroyo, 2010).

Nesta perspectiva, a moderna comunidade terapêutica veio enquadrar este modo de intervenção sob um processo mais científico e humano (Tinoco, 2006).

2.3. Dependência de Substâncias Psicoactivas

A dependência de substâncias é descrita por um agregado de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, evidenciando que o indivíduo continua a consumir a substância, não obstante as dificuldades relevantes relacionadas com esta. Existe um padrão de auto-administração repetida que resulta, geralmente, em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo quanto ao consumo de drogas (Associação Psiquiátrica Americana [APA], 2002).

No que se refere ao pensamento, os dependentes manifestam um mundo de ideias que lhes é peculiar, caracterizado por uma desorganização ideativa, sempre acompanhada por importantes níveis de estimulação dolorosa, relacionados com uma intensa situação de angústia e com uma enorme dificuldade de controlo da tolerância ao estresse (Agra, 1998). O dependente é dominado por angústias e temores, cuja intensidade se torna absolutamente intolerável para o seu ego e, “após o consumo de drogas, o sentimento de fragilidade é transformado em sentimento de excepcional estabilidade e força: mera alucinação de ter conseguido vencer o insucesso do ego” (Kalina & Kovadloff, 1988). Os mesmos autores chamam a atenção para o facto de que a relação do dependente com o meio é inconsistente, pois, ora se orienta pelo mundo das suas ideias e pensamentos, ora por aspectos afectivos, emocionais e externos que construiu no seu interior. Leon (2003) esclarece que, relativamente ao aspecto psicológico, o dependente químico tem uma percepção negativa de si mesmo, pois exterioriza baixa auto-estima, identidade pessoal negativa, dificuldade em gerir os seus sentimentos, reduzida tolerância, sentimentos de culpa, hostilidade e raiva, disforia e anedonia.

Segundo Bergeret (1988, p.65), após mais de três décadas de investigação, este constatou “que não existe nenhuma estrutura de personalidade própria da toxicodependência e que a toxicodependência não pode apresentar-se como exclusiva nem de um estado mórbido nem de um estado natural da estrutura do próprio sujeito”.

Contudo, Leon (2003) destaca algumas características típicas dos dependentes químicos, relativamente à aprendizagem social: percepção limitada do quanto as suas acções os afectam, a si e aos outros, e da maneira que são afectados pelas acções dos outros; dificuldade para pensar nas consequências do comportamento impulsivo; falha de julgamento para resolver problemas e tomar decisões, uma vez que funciona no

imediatismo; dificuldade de identificar a relação entre as suas acções, sentimentos e drogas; imperfeição na compreensão da realidade, que percebe como diferente daquilo que é, confundindo-a com os seus próprios sentimentos e limitação, originada pelo despreparo para o seu auto-sustento, através de ocupações profissionais.

2.4. Tipos de drogas consumidas

Veremos, seguidamente, que vários usuários ou dependentes de substâncias psicoactivas consomem drogas de uma determinada forma sequencial ou associada por imposição do próprio organismo ou motivada por outros factores externos a ele, por vezes, para obter um determinado efeito, outras vezes para atingir um certo objectivo. Presume-se que quando se consome qualquer droga, seja ela lícita ou ilícita, isso altera e modifica o sistema nervoso e a susceptibilidade de criar dependência, tanto psicológica como física, aumenta.

Geralmente, o início do uso de drogas dá-se com substâncias psicoactivas lícitas, nomeadamente, álcool e tabaco, em idade precoce e de forma pesada (Guindalini, Vallada, Breen & Laranjeira, 2006; Mombelli *et al.*, 2010), aumentando a probabilidade de envolvimento sério com uma ou mais drogas ilícitas (Mora, Corona, Cravioto & Villatoro, 2002). A *cannabis* costuma ser a primeira droga ilícita, sendo que a progressão do seu uso é bastante influenciada pela idade (Sanchez & Nappo, 2002; Mombelli *et al.*, 2010), já que nos indivíduos mais velhos verifica-se que o consumo de cocaína aspirada, medicamentos e cocaína injectável precedem o consumo de *crack* (Guindalini *et al.*, 2006).

Dentre as substâncias lícitas, o álcool é a mais utilizada, seguida do tabaco (Carlini *et al.*, 2007), enquanto dentre as drogas ilícitas, a *cannabis* é a mais consumida no mundo (Jungerman & laranjeira, 2008), a qual está directamente associada a sintomas depressivos em adolescentes (Otten, Barker, Maughan, Arseneault & Angels, 2010).

Estudos com dependentes de álcool e outras drogas têm apontado diversas lesões neuropsicológicas (Salgado *et al.*, 2009), sintomas de depressão, ansiedade, hipomania/mania (Alves, kessler & Ratto, 2004), podendo afectar a adesão ao tratamento, aumentando a probabilidade de recaídas (Almeida & Monteiro, 2011).

A progressão da quantidade e a frequência do uso de substâncias psicoactivas decorre à medida que o organismo se adapta às substâncias, já que o efeito da substância torna-se menos intenso e mais passageiro naqueles que a usam diariamente e, para obter o mesmo efeito, os usuários aumentam o consumo e a dose (Borini, Guimarães & Borini, 2003), sendo que os usuários de *crack* podem consumir drogas de forma ininterrupta por nove dias e parar somente perante o esgotamento físico, psíquico ou financeiro (Silva *et al.*, 2010).

Álcool

O nível de consumo de bebidas alcoólicas declinou nos últimos 20 anos em países desenvolvidos, mas está aumentando em países em desenvolvimento, especialmente na Região do Pacífico Ocidental, onde o consumo *per capita*, entre adultos, varia entre cinco a nove litros de álcool puro, e também em países da antiga União Soviética. As taxas de consumo em países Asiáticos são, até um certo ponto, responsáveis pelo aumento dos países em desenvolvimento. O nível de consumo de álcool nas Regiões da África, do Mediterrâneo Oriental e da Ásia do Sudeste é muito inferior (Organização Mundial da Saúde, 2004).

Contudo, uma estimativa aponta que a prevalência anual do consumo de álcool é de 42%, levando em conta que o consumo de álcool é legal na maioria dos países, valor que é oito vezes superior à prevalência anual do consumo de drogas ilícitas. Esse consumo continua em proporções muito maiores à medida que avança a idade, nos mesmos grupos demográficos, (UNODC, 2012), sendo que o uso abusivo é mais frequente entre os homens (Pala, 2004), apesar do aumento da ingestão alcoólica entre as mulheres ser de maneira mais precoce, o que demonstra que a diferença entre os géneros tem diminuído progressivamente (Elbreder, Laranjeira, Siqueira & Barbosa, 2008).

O álcool é um desinibidor social (Martins, Neto & Velasco, 2005) e um depressor do Sistema Nervoso Central (Aminoff, 2007), que inicialmente pode induzir um estado de desinibição, loquacidade, euforia, falsa segurança em si próprio e, por vezes, impulsos sexuais desinibidos ou agressivos (Saavedra, 2004), posteriormente, os sinais e sintomas da intoxicação alcoólica caracterizam-se por níveis crescentes de depressão do sistema nervoso central. Na fase inicial, produz sintomas de euforia leve,

evoluindo para tontura, ataxia e descoordenação motora, passando para confusão, desorientação e atingindo graus variáveis de anestesia, entre eles o estupor e o coma (Victor, 1992). A supressão da ingestão crônica ou a sua redução pode levar à síndrome de abstinência do álcool (APA, 2000), caracterizada por tremores, insônia, agitação e inquietação psicomotora (Shaw *et al.*, 1981), crises convulsivas (Ellenhorn, 1992), ansiedade, alterações de humor (disforia), náuseas, vômitos, taquicardia e hipertensão arterial, entre outros (Corrêa & Maciel, 2004).

A ingestão do álcool, de forma aguda ou crônica, pode produzir uma variedade de estados psicóticos, incluindo a agitação e psicose aguda da intoxicação, psicoses paranóides e o *delirium tremens* (Giannini & Collins, 2001), levando, inclusive, a quadros mais graves como a Síndrome de Wernicke-Korsakov, caracterizada por *delirium*, alterações oculomotoras, ataxia, sintomas psicóticos e amnésia acompanhada de confabulação, às vezes, irreversível (Fergusson, 2001), até ao desenvolvimento da dependência do álcool (Vaillant, 1996).

Opiáceos

Estima-se que a prevalência anual dos opióides oscila entre o 0,6% e o 0,8% da população dos 15 aos 64 anos, com o consumo de opióides (especialmente heroína, morfina e opióides de venda com receita, consumidos com fins não médicos), sendo o Afeganistão e o Myanmar os mais importantes países produtores (UNODC, 2012), apesar de, em 2002, os principais países que produziam ópio ilegalmente eram: Afeganistão (76%), Mianmar (18%), Laos (2%) e Colômbia (1%) (Baltieri *et al.*, 2004), traficando grandes quantidades de heroína pela rota principal dos Balcãs, que vai do Afeganistão à Europa Ocidental e Central, passando pela Europa Sudoriental, Costa de África, assim como pelos países da Ásia Sudoriental (UNODC, 2012).

O consumo de opióides pode levar à intoxicação, à dependência e a sua supressão pode originar síndromes de abstinência. Neste sentido, Martin e Hubbard (2000) destacam um conjunto de sinais e de sintomas. Relativamente à intoxicação por opióides, esta caracteriza-se pela analgesia, sentimentos de euforia ou disforia, sentimentos de calor, rubor facial, coceira na face, boca seca e constrição da pupila. O uso intravenoso de um opióide pode causar sensações na região inferior do abdômen, descritas como ímpeto orgiástico, seguida por uma sensação de sedação e sonhos. A

intoxicação grave pode causar depressão respiratória, hipotensão, taquicardia, apneia, cianose e morte. Na maioria das vezes, esse quadro clínico pode ser tratado em serviços de emergência médica. Os sintomas de abstinência de opióides podem incluir hiperalgesia, fotofobia, pele arrepiada, diarreia, taquicardia, pressão arterial aumentada, câimbras gastrointestinais, dores articulares e musculares, ansiedade e humor deprimido.

Por fim, a síndrome de dependência de opióides caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas associados ao uso patológico de opióides. É como um padrão mal adaptativo de uso da substância, levando a prejuízo ou a sofrimento clinicamente significativo, que se manifestará em três (ou mais) dos seguintes sintomas, ocorrendo a qualquer momento num período de 12 meses: 1) Tolerância; 2) Síndrome de abstinência; 3) A substância é geralmente consumida em maiores quantidades ou num período mais longo do que o pretendido; 4) Há um desejo persistente ou esforços mal sucedidos para diminuir ou controlar o uso da substância; 5) Muito tempo é despendido em actividades necessárias para obter a substância, utilizá-la ou recuperar-se dos seus efeitos; 6) Abdica-se ou reduzem-se actividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido ao uso da substância; 7) O uso da substância é contínuo, apesar da consciência de terem um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente, que deve ter sido, provavelmente, causado ou exacerbado pela substância (American Psychiatric Association, 2000).

Canabinóides

A *cannabis* sativa contém pelo menos 60 canabinóides, muitos dos quais biologicamente activos, sendo Delta 9-tetrahidrocanabinol (THC) um dos seus constituintes mais activos, o qual pode ser detectado na urina várias semanas após o seu uso (SENAD, 2010), e a sua concentração oscila entre 1 a 10% ou mais, em produtos da folha, enquanto em produtos manipulados, a partir da resina (haxixe), podem alcançar concentrações de 20 a 70% (Brands *et al.*, 1998), sendo que pode apresentar algumas formas de preparação: marijuana ou erva, haxixe e óleo de *cannabis* ou óleo de haxixe (Neto, 1999).

A *cannabis* é a substância ilícita de maior consumo a nível mundial (UNODC, 2012), sendo que a sua prevalência fica somente atrás do consumo do álcool e do tabaco

(Watson & Benson, 2000). A importância relativa de haxixe e da *cannabis* varia de acordo com a região: a resina de *cannabis* predomina no próximo Oriente, no Médio Oriente e na Ásia Sul Ocidental, embora na África Setentrional e na Europa os mercados de haxixe e de *cannabis* sejam semelhantes. Em outras partes do planeta, incluídos os Estados Unidos, onde a produção continua elevada, predomina a *cannabis* (UNODC, 2012).

Nos humanos, vários são os efeitos subjectivos produzidos pela *cannabis*, desde euforia, disforia, sedação, alteração da percepção do tempo, aumento da interferência na atenção selectiva e no tempo de reacção, alteração nas funções sensoriais, prejuízo do controlo motor, do aprendizado e prejuízo transitório na memória de curto prazo, além de efeitos neurovegetativos como: boca seca, taquicardia e até hipotensão postural (Miller & Branconnier, 1983). Além disso, constata-se alguns efeitos como: crises de ansiedade, transtorno psiquiátrico como a depressão e psicopatologias da personalidade (Comptom *et al.*, 2004).

Em usuários regulares da *cannabis*, podem ocorrer prejuízos académicos (baixo rendimento escolar e de aprendizagem), das habilidades profissionais, do desempenho social, neurocognitivos (motivação, planeamento, função visuoespacial, impulsividade, desatenção e hiperactividade), situações idênticas observadas em indivíduos com transtornos psicóticos (Leweke & Koethe, 2008), pode ainda elevar o risco de desenvolvimento de esquizofrenia e de sintomas psicóticos crónicos (Diehl *et al.*, 2010), aumentar o risco de bronquite, quadro asmático, câncer pulmonar, de cabeça e do pescoço (Oliveira & Tedesco, 2006), não obstante estes achados ainda careçam de comprovação científica (Oliveira & Tedesco, 2006; Diehl *et al.*, 2010).

Geralmente, a interrupção do uso frequente da *cannabis* não desencadeia sintomas de abstinência. Quando estes são observados, caracterizam-se pela especificidade como fadiga, irritabilidade, insónia e diminuição do apetite de breve duração e pouca intensidade (Oliveira & Tedesco, 2006).

De acordo com Carlini (2004), ultimamente ocorreu um aumento de interesse acerca do uso terapêutico do Delta⁹-tetrahydrocannabinol, tendo sido demonstradas diversas utilidades clínicas, como, por exemplo, para o tratamento da dor, náusea e

vômito causados por quimioterapia, perda de apetite em pacientes com SIDA, distúrbios do movimento, glaucoma e doenças cardiovasculares.

Se, por um lado, o consumo da *cannabis* é amplamente descrito na literatura científica, como sendo prejudicial à saúde dos indivíduos, por outro lado, há quem use essa droga para obter efeito terapêutico. Perante o acima exposto pelos autores, há uma controvérsia, aparentemente sem indícios de chegar a um consenso.

Sedativos e hipnóticos

Estima-se que cada clínico tenha na sua lista 50 pacientes dependentes de benzodiazepínicos (Hallfors & Saxe, 1993), sendo que metade destes gostaria de parar com o uso (Hirschfeld, 1993). Apesar de não se dispor de números mundiais relativos ao consumo de sedativos e hipnóticos, o consumo dessas drogas constitui um problema preocupante, dado que a prevalência do consumo destas substâncias, em alguns grupos da população e também em alguns países, que dispões de dados, os que se dispõe de dados, os quais são superiores aos de várias substâncias sujeitas a fiscalização. Por exemplo, os Estados Unidos da América apresentam uma prevalência, em algum momento da vida, anual e mensal do consumo de drogas psicoterapêuticas, entre as pessoas de 12 anos ou mais, de 20,4%, 6,3% e 2,7%, respectivamente, em 2010, números que são superiores a qualquer outro tipo de droga, excepto a *cannabis* (UNODC, 2012).

Segundo o mesmo organismo, os dados disponíveis para o período 2005-2010, em oito países da América do Sul e da América Central e em 14 países da Europa, a prevalência em algum momento da vida, anual e no mês anterior ao uso de tranquilizantes e sedantes, entre as mulheres, era muito superior à prevalência dos homens. Por exemplo, na América do Sul e na América Central a prevalência de consumo em algum momento da vida era de 6,6% entre as mulheres e de 3,8% entre os homens, apesar de as taxas de prevalência correspondentes à Europa serem de 13,0% entre as mulheres e de 7,9% entre os homens.

O uso de sedativos e hipnóticos pode provocar alguns efeitos colaterais, principalmente nos primeiros dias (sonolência excessiva diurna “ressaca”, complicação da descoordenação motora, agravamento da memória (amnésia anterógrada), tontura,

zumbidos, quedas e fracturas, entre outras (Gorenstein & Pompéia, 1999), sendo que 50% dos pacientes que usam benzodiazepínicos por mais de 12 meses evoluem com síndrome de abstinência, manifestado ao nível físico por: tremores, sudorese, palpitações, letargia, náuseas, vômitos, anorexia, síndromes gripais, cefaleias e dores musculares; ao nível psíquico: insónia, irritabilidade, dificuldade de concentração, inquietação, agitação, pesadelos, disforia, prejuízo da memória, despersonalização/desrealização. Por vezes, podem chegar a sinais maiores de abstinência, como: convulsões, alucinações e delírium (Miller, 1995). Ainda, por uso prolongado, pode aumentar o risco de: acidente; overdose em combinação com outras drogas; tentativas de suicídio, especialmente em depressão e atitudes anti-sociais. Para além disso, contribui para problemas na interacção interpessoal e para a redução da capacidade de trabalho e para o desemprego (Juergens & Cowley, 1998).

Portanto, o uso de sedativos e hipnóticos pode causar a dependência química com marcada tolerância e escalonamento de doses (Tyrer, 1988), sendo que a taxa de abandono do dito consumo é muito inferior à taxa de abandono das drogas ilícitas, especialmente entre as mulheres (UNODC, 2012).

Cocaína

A cocaína é um alcalóide extraído das folhas da coca (*Erythroxylon coca*), planta originária dos altiplanos andinos. A maceração das folhas, misturada a determinados produtos químicos, produz uma pasta de natureza alcalina, denominada pasta base de cocaína (Negrete, 1992), sendo na forma de cloridrato de cocaína consumido de duas maneiras: dissolvido em água e aplicado por via endovenosa ou ainda aspirado e absorvido pelas mucosas (Nassif *et al.*, 1999; Lizasoain, Moro & Lorenzo, 2002, citado por Alves & Carneiro, 2008), cujo consumo atinge todos os estratos sociais (Dunn, Ferri & Laranjeira, 2001), consumido por 0,3% da população mundial (ONUDC, 2012), dos quais a maior parte dos usuários se concentra nas Américas, cerca de 70% (Galduróz, Noto & Carlini, 1997).

A estabilidade geral do consumo e a fabricação de cocaína a nível mundial apresenta tendências diferentes nos diferentes países e regiões. Verificou-se uma diminuição geral, graças à baixa produção dessa droga na Colômbia, durante o quinquénio 2006-2010, mas os principais mercados de cocaína continuam na América

do Norte, Europa e Oceânia, especialmente Austrália e Nova Zelândia. Na América do Norte registou-se uma clara diminuição do consumo de cocaína, de 3,0% (2006) para 2,2% (2010) nos indivíduos dos 15 aos 64 anos. Já na Europa, o consumo de cocaína manteve-se estável durante esse período, enquanto na Austrália o consumo aumentava (ONUDC, 2012).

A cocaína possui múltiplas ações periféricas e centrais, é considerada um potente anestésico local com propriedades vasoconstritoras e um estimulante do SNC (Hatsukami & Fischman, 1996), cuja duração do efeito varia entre 10 a 90 minutos, dependendo da via de consumo (Gold, 1993). Assim, produzem tanto os sintomas físicos (aumento do estado de vigília, euforia, sensação de bem-estar, autoconfiança elevada, aceleração do pensamento), como psíquicos (aumento da frequência cardíaca, aumento da temperatura corpórea, aumento da frequência respiratória, sudorese, tremor leve de extremidades, espasmos musculares (especialmente língua e mandíbula), tiques, midríase) (Wise, 1994), sendo que a *overdose* é a mais conhecida de entre as complicações agudas relacionadas com o consumo de cocaína (Benowitz, 1992).

A dependência é a principal complicação crónica associada ao consumo de cocaína (Lima & Soares, 2002) e as complicações psiquiátricas são o principal motivo de busca por atenção médica, entre os usuários de cocaína (Brody, Slovis & Wrenn, 1990), além de ser responsável pelo aparecimento de uma série de transtornos psiquiátricos agudos (disforia, ansiedade, agitação, heteroagressividade, sintomas paranóides e alucinações) e crónicos (Wetli & Fishbai, 1985) “psicose cocaínica”, idêntica à psicose esquizofrénica, com ideias delirantes de tipo persecutório e alucinações (Langue & Hillis, 2001).

A diminuição ou a interrupção abrupta do uso de cocaína, em pacientes dependentes, não desencadeia uma síndrome de abstinência característica, mas sim sinais e sintomas inespecíficos, tais como: ansiedade, insónia, depressão, inapetência, desejo intenso de consumir a substância (Gawin & Kleber, 1996, como citado em Oliveira & Tedesco, 2006).

Crack

O *Crack* é cocaína na sua base livre (Wallace, 1991), que surgiu entre 1984 e 1985 em bairros pobres e marginalizados de *Los Angeles*, *New York* e *Miami* (Reinarman, 1997). As drogas eram obtidas a partir de um processo caseiro (Ellenhorn, Schonwald & Wasserberger, 1997) e utilizado em grupos, em casas abandonadas e precárias (*crack houses*) (Geter, 1994). Quando os cristais eram fumados em cachimbos estalavam (*cracking*) ao serem expostos ao fogo, daí o nome da droga (Ellenhorn, Schonwald & Wasserberger, 1997), produzindo uma euforia de elevada magnitude e curta duração, seguida de fissura intensa e, quase sempre, seguidos por um desejo incoercível de repetição do consumo (Carlini, Nappo, Galduróz & Noto, 2001). Tal como a cocaína, o *crack* é consumido por 0,3% da população mundial (ONU DC, 2001), dos quais a maior parte dos usuários se concentra nas Américas, cerca de 70% (Galduróz, Noto & Carlini, 1997). Geralmente, a população de usuários é extremamente jovem, variando dos 15 aos 45 anos, com predomínio da faixa etária dos 20 aos 30 anos (Londero, Sordi, Kreische & Diemen, 2012) com as seguintes características: homem, jovem, solteiro, de baixa classe socioeconômica, com baixo nível de escolaridade e sem vínculos laborais formais, embora atinja todas as classes sociais (Oliveira & Nappo, 2008a).

Geralmente, os efeitos físicos e psíquicos, produzidos por esta substância, são idênticos aos da cocaína, porém extremamente agravados e acrescidos em nocividade, pois atingem o cérebro em poucos segundos, são mais rápidos e intensos e o indivíduo pode começar por sentir euforia e sensação de bem-estar intensa e excitação sexual, não obstante, os efeitos positivos poderão ser rapidamente substituídos por ardor nos olhos, secura na boca, palpitações, contrações musculares, dilatação das pupilas, cefaleias, depressão forte, irritabilidade, angústia e diminuição do apetite (Marques & Fugas, 1990).

O *crack* pode gerar um quadro de insónias, agitação psicomotora, emagrecimento, indiferença sexual, desestruturação da identidade da pessoa, desenvolver psicoses, paranóia, comportamento excessivamente anti-social. Essa substância psicotrópica apresenta um enorme potencial de dependência psíquica, que se instala em muito pouco tempo, já que a sua tolerância é bastante elevada e desenvolve-se com facilidade (Marques & Fugas, 1990). O seu quadro de abstinência é semelhante aos quadros associados ao uso de cocaína e relatados anteriormente (Oliveira & Tedesco, 2006).

Outros estimulantes

Estima-se que os estimulantes de tipo anfetamínico, excepto o *ecstasy*, são a segunda substância mais consumida no mundo, apenas ultrapassada pela *cannabis*, com uma prevalência estimada, em 2010, de 0,3% a 1,2% (entre 14,3 milhões e 52,5 milhões de usuários). É cada vez mais frequente o uso de metanfetamina na Ásia Ocidental e na Ásia Central, assim como a fabricação ilícita dessa substância em algumas zonas, o que permite supor que o seu consumo também vai aumentar nessas regiões (UNODC, 2012).

A prevalência anual de consumo de *ecstasy* calcula-se entre 0,2% e 0,6% da população de 15 a 64 anos (entre 10,5 milhões e 28 milhões de consumidores) apesar de se comunicarem taxas superiores na Oceânia (2,9%), América do Norte (0,9%) e Europa Ocidental e Central (0,8%), sendo que o consumo é mais elevado entre os jovens.

Após o consumo de anfetaminas, podem gerar-se quadros ansiosos agudos, com sintomas de inquietação, podem aparecer, na intoxicação aguda ou *overdose*, irritabilidade, tremor, ansiedade, labilidade do humor, cefaleia, calafrios, vômitos, sudorese e verborragia (Wilkins, Conner & Gorelick, 1998), sendo que a síndrome de abstinência muito comum nesses usuários se caracteriza por fissura intensa, agitação, ansiedade, pesadelos, redução de energia, lentificação e humor deprimido (Cantwell & McBridge, 1998). O *ecstasy* produz um quadro de euforia e bem-estar, sensação de intimidade e proximidade com os outros, anorexia, taquicardia, tensão maxilar, bruxismo e sudorese (Laranjeira, Dunn, Rassi & Fernandes, 1996).

No uso crónico, torna o indivíduo distante da realidade, irritado, paranóide e impulsivo, descuidado com a aparência e com os seus compromissos (Wilkins *et al.*, 1998), com presença de sintomas psicóticos (Hall, Hando, Darke & Ross, 1996), como delírios persecutórios e auto-referentes, alucinações auditivas e visuais (Yui, Ykemoto, & Goto, 2002), complicações clínicas (desnutrição, enfarto agudo do miocárdio, cegueira cortical transitória, cardiopatias irreversíveis, vasoespasmos sistémicos e edema agudo de pulmão (Ellenhorn, Schonwald, Ordog & Wasserberger, 1997). E, por fim, pode causar dependência (Srisurapanont, Jarusuraisin & Kittirattanapaiboon, 2000).

Alucinógenos

Diferentemente dos Estados Unidos, onde o uso na vida de alucinógenos, entre estudantes, foi relatado por 6,4% e do Chile (1,9%), no Brasil, este uso foi de 0,6%. O Rio de Janeiro foi a capital com a maior percentagem de estudantes que relataram uso na vida de alucinógenos (1,1%) (Galduróz, 2006).

As drogas psicodélicas são bem conhecidas pela sua habilidade de provocar reacções psicóticas, sendo que os sintomas mais característicos são alucinações visuais e auditivas, acompanhadas de despersonalização, desrealização, desorientação e dissociação (Giannini & Collins, 2001). Tanto a fenciclidina (PCP) como a ketamina podem produzir alucinações, analgesia e amnésia (Anderson, 2003), cujas acções são mais dopaminérgicas e despertam também pensamentos paranóides, agitação, delírios (Giannini & Collins, 2001) e síndromes como ataxia, tremores e midríase, os quais são provocados pelo uso do LSD (Transportation Research Board, 2006). Estes efeitos são intensificados quando o uso dessas substâncias é associado a sedativos e a depressores, como o álcool (Anderson, 2003).

Os principais efeitos desejados e procurados são euforia,” efeitos místicos”, alucinações e sensação de prazer. Os usuários acabam por experimentar prejuízo cognitivo, confusão, tontura, comprometimento da coordenação motora e discurso incompressível. Efeitos adversos ou *badtrips*² e *flashback*³ podem ocorrer (Dias & Pinto, 2006). Embora a ingestão frequente de doses moderadas de LSD tenha a capacidade de gerar tolerância à droga no organismo, os alucinógenos têm um potencial baixo para causar dependência (Sordi, Kreische & Diemen, 2012) e não é descrito nenhum quadro, clinicamente significativo, de retirada para os alucinógenos (Lacks & Julião, 2006).

Tabaco

² *Badtrips* diz respeito a “jargão usado pelos usuários de drogas referentes a manifestação de efeitos colaterais com o uso da substância relativos à sensação de perda de controlo, distorções da imagem corporal alucinações, medo de morrer e de enlouquecer, ideacção suicida, taquicardia, náusea, sudorese, dentre outras” (Dias & Pinto, 2006).

³ *Flashback* refere as “recorrências dos eventos psíquicos que originalmente ocorrem durante o uso da substância” (Dias & Pinto, 2006).

No mundo, cerca de um bilhão de pessoas são fumantes e na década de 2030 estima-se que esse total poderá chegar a dois bilhões, em que a grande parte destes fumantes vai estar nos países em desenvolvimento (OMS, 2004), embora abundantemente consumido em todo o mundo, o seu uso é considerado como uma via de iniciação para o consumo de outras drogas (Iglesias, Cavada, Silava & Caceres, 2007). O início do consumo de substâncias psicoativas apenas ocorre durante a adolescência e o consumo de tabaco e álcool continua em proporções muito superiores à medida que avança a idade, nos mesmos grupos etários (ONU DC, 2012), ressaltando que a idade média de início de consumo é aproximadamente entre os 13 e os 14 anos, ainda que a vulnerabilidade para a dependência não esteja relacionada apenas com a idade (Everett *et al.*, 1999).

A nicotina é uma poderosa substância psicoativa, dotada de um complexo mecanismo de acção (Brands *et al.*, 1998), consumido com maior frequência através do cigarro, embora possa ser encontrado no charuto, cachimbo, tabaco mascado, dentre outros produtos (Dias & Pinto, 2006). Ao ser fumado, é absorvido pelo organismo, incluindo pulmões, boca, mucosa nasal, pele e aparelho gastrointestinal (Taylor, 1996), atinge o cérebro em torno de uns 10-20 segundos (Scmitz, Schneider & Jarvivik, 1997), sendo que as acções da nicotina no Sistema Nervoso Central são mediadas por receptores nicotínicos localizados em diferentes áreas do cérebro e da coluna vertebral (Scmitz *et al.*, 1997). Inicialmente, o contacto com a substância pode causar dor de cabeça, tontura, insónia, tosse, náusea, que tende a desaparecer rapidamente e aparecem outros sintomas, característicos do uso em curto período, como sensação de bem-estar, aumento da concentração e relaxamento (Perkins, 1992).

A nicotina causa um leve aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, reduz o apetite e, conseqüentemente, diminui o peso corporal, sendo que o uso crónico do tabaco afecta os sistemas cardiovasculares e respiratórios, devido à presença da nicotina, do monóxido de carbono e de outros elementos nocivos (Dias & Pinto, 2006).

Neste sentido, a nicotina relaciona-se com a dependência física e com a sua influência no sistema sanguíneo, sendo que a dependência no consumo de tabaco também comprometerá os processos de tolerância e de abstinência (Gavazzoni, 2008).

Então, por um lado, aparecem os sintomas transitórios, que caracterizam a autêntica síndrome de abstinência de nicotina, como: depressão, diminuição da

concentração, irritabilidade, ansiedade, inquietação, aumento de apetite, entre outros, que habitualmente têm uma duração de aproximadamente seis semanas; por outro lado, surgem os sintomas compensatórios, que são os da doença primária, anteriormente mascarada pelo uso da nicotina. Os sintomas compensatórios podem se acumular à síndrome de abstinência verdadeira, tornando-a aparentemente mais profunda e mais prolongada, podendo, em alguns casos, fazer com que os indivíduos acabem por voltar ao consumo, para mitigar o seu sofrimento (Slotkin, 2002).

Solventes voláteis

O uso na vida de inalantes, na população mundial, está entre 12% e 19% (Howard *et al.*, 2010), sendo que a idade média de experimentação é entre os 14 e os 15 anos. Em adolescentes com transtornos do humor ou de ansiedade ou em conflito com a lei, a experimentação tende a ser ainda mais precoce (Garland, Howard, Vaughn & Perron, 2011). Neste sentido, diversos estudos epidemiológicos, em diferentes países do mundo, têm apontado que o uso, o abuso e a dependência de substâncias inalantes são especialmente prevalentes entre adolescentes e crianças muito jovens, com uma variedade de desfechos e consequências negativas para esta população (Mora & Real, 2008; Garland, Howard, Vaughn & Perron, 2011). Por exemplo, o Brasil apresenta um dos maiores índices de uso na vida de solventes entre os estudantes (18,0%), não sendo ultrapassado por nenhum outro país, tanto das Américas quanto da Europa (Galduróz, 2006).

Os efeitos causados pela intoxicação aguda, por inalantes, assemelham-se aos do álcool e os sintomas variam com o tipo de produto inalado, que só casualmente podem apresentar alucinações (Cotrim, 1995), sendo que as apresentações mais comuns dos inalantes são os fluidos de gás, *thinner*, colas, verniz, tintas, removedores de esmalte, adesivos, propulsores de aerossol, alguns agentes de limpeza a seco, *spray* de pintura ou fluidos de correcção de máquina de escrever (OMS, 2006).

Após a inalação, pela boca ou pelo nariz, em segundos, surgem os sintomas, (Laranjeira *et al.*, 2003), exercendo a sua acção depressora no sistema nervoso central. Numa primeira fase aparece euforia, excitação, desinibição, risos imotivados e alterações sensoriais semelhantes à intoxicação alcoólica. Posteriormente, surge relaxamento, vertigem, cefaleia, batimentos cardíacos acelerados, confusão mental,

verborreia, diminuição do apetite e amnésia, não obstante esses sinais e sintomas dependerem da frequência do uso (Garland *et al.*, 2011). Isso acarreta a diversos comportamentos de risco, tais como: manter relação sexual sem protecção, envolvimento em brigas, comportamentos anti-sociais, maior probabilidade de experimentação e uso de outras drogas de abuso, assim como a ideação e a tentativa de suicídio (Howard *et al.*, 2010; Garland *et al.*, 2011).

Não existe consenso entre os pesquisadores ao descrever o quadro típico de uso e dependência de inalantes (APA, 2002) e, comparando a abstinência de inalantes com cocaína, observa-se uma prevalência significativamente maior de sintomas com inalantes, do tipo hipersónia (63,6%), cansaço (55,4%), náusea (46%), sendo que convulsão (2,4%), comer mais e ganhar peso (4,8%) e sonhos vívidos (7,7%), são os sintomas menos comuns relatados. No entanto, o uso crónico de inalantes associa-se com sintomas psicóticos, transtornos do humor e de ansiedade, uso de outras drogas, suicídio, VIH, delinquência e transtornos de personalidade (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2012). Numa perspectiva clínica, o uso crónico de inalantes associa-se a danos cerebrais, tais como: prejuízo de memória, comprometimento cognitivo, perda auditiva e da sensação olfactiva, comprometimento da coordenação motora, com ataxia da marcha e demência (Avila & Lagha, 2005), porém outros órgãos e sistemas também podem sofrer lesões, como o sistema hematológico, fígado, rins, pulmões e coração (Tasman, 2010). A interrupção do uso de solventes não está associada a nenhum quadro de abstinência clinicamente importante (Oliveira & Tedesco, 2006).

Múltiplas drogas

Há poucas décadas que o consumo de múltiplas drogas era considerado excepção e, actualmente, é quase uma norma em diversos países, pois num grupo diverso de 15 países (Alemanha, Argentina, Austrália, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Espanha, Estados Unidos, Filipinas, Indonésia, Itália, México, Peru e Reino Unido), o número total de consumidores de cinco drogas (*cannabis*, anfetaminas, *ecstasy* cocaína e opiáceos) ultrapassou a média dos 20% do número total de consumidores de drogas ilícitas. Nos países com mercados de drogas ilícitas altamente diversificados, como o Reino Unido e os Estados Unidos, esse número excedia os 40%. Se adicionarmos outras categorias de drogas, como os alucinógenos, sedativos e hipnóticos, obtém-se um

número aproximadamente de 60% nos Estados Unidos, o que mostra que o consumo de múltiplas drogas é muito comum nesse país (ONUDC, 2012).

A associação de drogas psicotrópicas pode estar relacionada a diversos factores, entre eles a busca de maximização de sensações percebidas como prazerosas pelo usuário, a minimização de efeitos relacionados à intoxicação e à abstinência e também pode reflectir a disponibilidade de drogas e os padrões de consumo próprios de momentos ou contextos específicos. Geralmente, este tipo de uso inicia-se na adolescência, sendo que as primeiras drogas psicotrópicas usadas costumam ser as lícitas, álcool e tabaco (Azevedo & Oliveira, 2011). O início precoce do uso de drogas lícitas é um factor que predispõe ao poliuso e à dependência de drogas psicotrópicas (Kandel & Yamaguchi, 1993), constituindo um indicativo de maior gravidade e de maior probabilidade de desenvolvimento de dependência (Azevedo & Oliveira, 2011), pois já é usuário de tabaco e/ou álcool e, normalmente, inicia-se pelo uso de *cannabis* ou cocaína aspirada (Sanchez & Nappo, 2002).

Pensa-se que existe uma prevalência de policonsumo em usuários de cocaína e *crack*, com particular associação de transtornos relacionados ao uso de álcool (abuso e dependência) (Carlini *et al.*, 2007) e estima-se que entre 60 a 90% dos dependentes de cocaína haja um diagnóstico de abuso ou de dependência de álcool (Noto, Galduróz, Nappo & Carlini, 2003). Um estudo brasileiro, que avaliou 183 dependentes de drogas psicotrópicas que procuraram tratamento, mostrou que 45,3% dos entrevistados utilizavam três ou mais drogas (Oliveira, 2010), sendo que as drogas mais frequentemente associadas foram: álcool, *cannabis* e cocaína (Oliveira & Nappo, 2008b) e substâncias como cocaína, heroína e *cannabis*, que eram consumidas por 49,3 % dos indivíduos (Seabra *et al.*, 2010).

Um estudo europeu, que avaliou 70.000 adolescentes entre os 15 e os 16 anos, em 22 países, indicou que 30% haviam consumido pelo menos dois tipos de drogas psicotrópicas no mês anterior à avaliação, sendo a combinação mais frequente: álcool e tabaco, seguida de *cannabis* com álcool e/ou tabaco, e, em baixa frequência, *cannabis* com álcool ou tabaco mais *ecstasy*, cocaína, anfetaminas, LSD ou heroína (Griffiths *et al.*, 2011).

Montalvo *et al.* (2004) desenvolveram na Comunidade Terapêutica da *Fundacion Proyeto Hombre* de Navarra, Espanha, um estudo *ex post facto*, de carácter prospectivo, num universo de 125 pacientes, e verificaram que as principais substâncias que mais motivaram os indivíduos a buscar o tratamento foram a heroína (42,9%), a cocaína (28,6%), as anfetaminas (14,3%), o álcool (11,9%) e as benzodiazepinas 2,4%, sendo que a média total de consumo foi de 11,1 anos, distribuídos da seguinte forma: heroína 10,65 anos, cocaína 11,5 anos, álcool 14,6 anos, anfetaminas 10,25 anos, e benzodiazepinas não ultrapassaram dois anos de consumo.

Outro estudo, em Oviedo, Espanha, revelou que 57% dos homens e 60,5% das mulheres procuraram o tratamento devido à dependência de cocaína, 20,58% dos homens e 19,6% das mulheres, ao haxixe, e 24,7% dos homens e 22,22% das mulheres, aos opiáceos, sendo que nenhuma dessas substâncias implica maior risco de abandono (Sirvent *et al.*, 2010).

Os dependentes de cocaína, que fazem uso abusivo de álcool, apresentam maiores índices de psicose induzida pela cocaína (Brady, 1995), depressão (Kenna, 2007), pelo que a presença de transtornos mentais piora o prognóstico e dificulta o tratamento do poliusuário (Hopwood *et al.*, 2011). Este tipo de uso quantificado em moderado ou intenso, é bastante associado a transtornos mentais, inclusive, com tentativas de suicídio (Smith *et al.*, 2011).

O álcool está presente em quase todas as combinações de substâncias consideradas entre poliusuários (Swendsen *et al.*, 2010). O consumo de cocaína também está associado ao uso de álcool, frequentemente, pois o álcool atenua a hiperactividade causada pela intoxicação por cocaína (Wang *et al.*, 1997). A cocaína antagoniza o efeito sedativo (Foltin, Fischman & Levin, 1995), os *deficits* na performance psicomotora e o aprendizado, induzidos pelo álcool (Pennings, Leccese & Wolff, 2002), o que leva muitos usuários ao uso sequencial (Wang *et al.*, 1997). O álcool é empregado como paliativo aos efeitos negativos do *crack*, arrastando para um ciclo álcool-*crack*, de maneira que uma droga passa a estimular o consumo de outra e vice-versa (Oliveira & Nappo, 2008b). Devido à sua ampla disponibilidade, o álcool torna-se a substância base dessas combinações, sobretudo em contextos recreativos e no uso dos consumidores intensivos de drogas (Griffiths *et al.*, 2011).

Entre os usuários de *crack*, a prevalência do uso de *cannabis* chega a 60%, seja na forma sequencial, seja no uso combinado em um mesmo cigarro, denominado “mesclado”, empregue com o objetivo de diminuir a fissura e os demais efeitos ansiogênicos do *crack* (Sanchez & Nappo, 2002) e prolonga a duração do *crack*, seja administrada simultaneamente como coquetel, ou após o *crack* (Oliveira & Nappo, 2008b). Da mesma forma, o consumo combinado de *crack* com cloridrato de cocaína aspirada aumenta a intensidade e a duração dos efeitos positivos, além de actuar como paliativo aos efeitos negativos (Oliveira & Nappo, 2008b).

Outra associação frequente (cocaína e heroína) é conhecida como *speedball*, o efeito psicoactivo sugere decorrer mais da somatória dos efeitos destas duas substâncias (Ferreira *et al.*, 2003) individualmente (excitação e sedação, respectivamente), do que do surgimento de um efeito “novo”. Possivelmente, os usuários experimentam uma sensação subjectiva de maior prazer com a mistura, qualitativamente distinto dos efeitos individuais destas drogas (Leri, Bruneau & Stewart, 2003).

O risco de ansiedade, comportamento obsessivo-compulsivo, sintomas psicóticos, alterações do humor, somatização, *deficit* de memória, de aprendizagem e na capacidade de julgamento social e emocional é aumentado nos usuários de *ecstasy* que fazem uso de outras substâncias (Hadjiefthyvoulou, 2011) e a *overdose* é mais frequentemente encontrada em combinações como cocaína e álcool, ópioides com álcool, sedativos, hipnóticos e ansiolíticos, e MDMA e outros estimulantes (Koller *et al.*, 2003). Dessa interacção, entre as múltiplas drogas, pode aumentar o dano físico, neurológico e psicológico no usuário (Diehl *et al.*, 2010) e, geralmente, os poliusuários apresentam anormalidades em determinadas regiões cerebrais, com dano cerebral e consequente prejuízo, aumento do risco de sintomas paranóides e alterações de humor, principalmente mania e hipomania, durante a intoxicação, crises epileptiformes, além de anedonia (Stevens, Peschk & Schwarz, 2007).

2.5. Dados epidemiológicos sobre o uso de drogas

Recente relatório sobre a utilização de substâncias psicoactivas, produzido pelo Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC, 2012) indica que, em todo o mundo, o consumo e a produção de drogas ilícitas tradicionais (cocaína, heroína,

cannabis), mantém-se estável, apesar de algumas mudanças no fluxo e nos mercados de consumo dessas substâncias, com propensão de crescimento nos países em desenvolvimento. O referido relatório estima que em 2010, entre 153 milhões e 300 milhões de pessoas, na faixa etária dos 15 aos 64 anos (entre os 3,4% e os 6,6% da população mundial desse grupo de idade) consumiram uma substância ilícita pelo menos uma vez, no último ano.

Do ponto de vista da prevalência, de acordo com aquele organismo das Nações Unidas, a *cannabis* continua sendo a substância ilícita de maior consumo mundial, com uma prevalência estimada em 2010 de 2,6% e 5% da população adulta (entre 119 milhões e 224 milhões de usuários, dos 15 aos 64 anos de idade). A prevalência anual do consumo de *cannabis* em África, especialmente na África Ocidental e Central, é muito superior à média mundial (5,2% a 13,5% da população dos 15 aos 64 anos). Cerca de 50% da droga traficada na África Ocidental, incluindo Cabo Verde e Guiné-Bissau, ali permanece e as substâncias psicoactivas mais usadas são a *cannabis*, seguida das anfetaminas e depois a heroína.

Os opióides são substâncias psicoactivas que predominam na demanda de tratamento na Ásia e na Europa e também contribuem significativamente na demanda de tratamento em África, América do Norte e Oceânia. O tratamento relacionado com o consumo de cocaína está em demanda, principalmente nas Américas, apesar de a *cannabis* ser a droga que dá lugar à maior demanda de tratamento em África (*United Nations Office on Drugs and Crime* [UNODC], 2012).

Por sua vez, a Organização Mundial da Saúde (2011) estima que 76,3 milhões de pessoas sejam dependentes de álcool e 15,3 milhões apresentem transtornos mentais e comportamentais, decorrentes do uso de outras drogas.

Ainda, segundo o UNODC, em 2012, cerca de 2,3 milhões de consumidores de substâncias psicoactivas por injeção tinham contraído hepatite B. Há cada vez mais indícios de que o consumo de drogas, por outros meios diferentes da injeção, também acarrete um maior risco de contrair o VIH, especialmente por falta de protecção nas relações sexuais (*United Nations Office on Drugs and Crime* [UNODC], 2012).

O Ministério da Saúde de Cabo Verde [MSCV] (2009), no seu estudo sobre a “saúde e estilo de vida dos adolescentes Cabo-verdianos frequentando o ensino secundário”, efectuado em Cabo Verde, evidenciou que o início do uso de substâncias psicoactivas nos adolescentes verifica-se precocemente, sendo, para a *cannabis*, 14 anos e, para a cocaína, 15 anos. A droga mais experimentada é a *cannabis*, numa proporção de 6% para os rapazes, nos quais ocorre mais cedo, e de 2% para as raparigas.

Um relatório produzido pelo Comité de Coordenação do Combate à SIDA [CCS-Sida] (2011) sobre “Cartografia e Estudo Sócio comportamental e de Seroprevalência do VIH/Sida nas Profissionais de Sexo” aponta que as drogas mais consumidas são a *cannabis* (93,9%), a cocaína (55,0%), o haxixe (19,3) e a heroína (12,5%) e a prevalência do VIH nas Trabalhadoras profissionais de Sexo (TPS), que usam drogas, é significativamente superior (6,0%) quando comparada com as TPS que não consomem drogas (4,2%).

Convém ressaltar que este estudo foi realizado nos principais concelhos do país e teve por grupo alvo os usuários de drogas nas cadeias, instituições de tratamento e nas comunidades onde o problema de consumo de droga é mais preocupante.

De acordo com o 1º Inquérito Nacional sobre a prevalência de consumo de substâncias psicoactivas na população geral, realizado e produzido pela Comissão de Coordenação do Combate à Droga - Ministério da Justiça [CCCD-MJ] (2013), Cabo Verde apresenta taxas de prevalência de declarações de consumo de qualquer substância psicoactiva ilícita ao longo da vida de 7,6 %, entre a população residente, entre os 15 e os 64 anos, sendo a *cannabis*, de longe, a substância ilícita mais consumida, com uma taxa de prevalência de 7,2% ao longo da vida e de 1,5 % ao longo do último ano.

Os homens consomem mais cocaína do que as mulheres: 66,7% dos homens e 33,3% das mulheres consomem actualmente esta substância, sendo que a maioria dos actuais consumidores desta substância é jovem, com idade compreendida entre 15-24 anos (66,7%). O álcool é a substância lícita mais consumida na população geral e apresenta uma prevalência de 63,5% ao longo da vida, seguida de tabaco 17,4% e de medicamentos (sedativos/hipnóticos /estimulantes) 8,8%.

2.6. Comorbidades

Feinstein (1970), citado por Valderas, Mercer e Fortin (2011), definiu originalmente a comorbidade como "qualquer entidade clínica distinta adicional que existe ou pode ocorrer durante o curso clínico de um paciente que tem a doença índice em estudo". No entanto, Guidetti e Galli (2012) explicitam que o conceito actual refere-se à "associação, mais que informal, mas provavelmente não causal, entre uma doença ou transtorno índice e uma ou mais patologias físicas ou psicológicas”

Para Marsden, a comorbidade entre dependência de substâncias psicoactivas e doenças infecto-contagiosas é sobejamente reconhecida, tanto quanto a relação existente entre transtornos de humor e uso de substâncias psicoactivas (Marsden, 2009). Desse modo, alguns estudiosos têm pesquisado nos últimos anos a coexistência de outros transtornos psiquiátricos, como transtornos do humor, a depressão, os transtornos de ansiedade, os transtornos de conduta, o *deficit* de atenção e hiperatividade, a esquizofrenia e o tabagismo em dependentes de álcool e outras substâncias psicoactivas (Grella *et al.*, 2001; Ross, Dermatis, Lavounis & Galanter, 2003). A presença de comorbidades acarreta dificuldades nos processos de tratamento (Dawe, Loxton, Kavanagh & Mattick, 2002), sendo que a gravidade da psicopatologia é o melhor preditor nos programas de tratamento (Hervás *et al.*, 2010) e a presença de sintomas de ansiedade e depressão tende a associar-se fortemente ao abandono do tratamento (Oliveira *et al.*, 2010).

A *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* [EMCDDA] (2004) refere que o consumo problemático de drogas e perturbações psiquiátricas constituem uma combinação frequente, já que cerca de 80% dos pacientes, aos quais é diagnosticada dependência de substância psicoactiva, apresentam igualmente perturbações psiquiátricas co-mórbidas. Essa entidade reconhece que tanto as equipas psiquiátricas como os serviços para a toxicodependência têm dificuldade em diagnosticar essa patologia, pois as síndromes psiquiátricas agudas de um paciente com diagnóstico duplo, que procura tratamento, podem ser confundidas com sintomas induzidos pelo consumo de drogas, ou, contrariamente, fenómenos de desabitação e intoxicação serem incorrectamente interpretados como doenças do foro psiquiátrico.

Petribu (2001) chama a atenção para o facto de que a existência de comorbidade influencia a evolução da doença para a cronicidade, com um prognóstico desfavorável e uma resposta negativa ao tratamento, ou seja, mais exposto a fracasso ou abandono de tratamento do que os isentos de comorbidades (Brown *et al.*, 1998), embora alguns serviços psiquiátricos e alguns serviços de assistência à toxicodependência possam obter óptimos resultados, mesmo em pacientes com comorbidade (EMCDDA, 2004).

A cocaína vulnerabiliza o indivíduo ao risco de contrair o VIH devido a trocas de sexo por droga e partilha de seringas, aumentando a probabilidade do contacto com prováveis parceiros infectados (Carlini, Galduróz, Noto & Nappo, 2002), sendo que esse risco pode estar aumentado nos usuários de *crack*, devido ao comportamento sexual de risco (Ferri, Laranjeira, Silveira, Dunn & Formigoni, 1997), pois os comportamentos de risco mais observados nessa população são o número elevado de parceiros, o sexo sem protecção e a troca de sexo por *crack* ou por dinheiro para comprar a substância (Brasiliano, Hochgraf & Torres, 2002).

Weiser *et al.* (2006) observam que, apesar de esse comportamento ser mais frequente entre mulheres, tal conduta é verificada nos homens, independentemente da sua orientação sexual. Essas informações são sustentadas pelos pesquisadores Pechansky *et al.* (2002), que acompanharam por 18 meses em Porto Alegre, um grupo de 138 usuários de cocaína, objectivando investigar a incidência da infecção pelo VIH nesse período e evidenciaram a via sexual como modo primário de transmissão entre esses usuários. Nesse tocante, Nappo (2004) refere que se trata maioritariamente de jovens, mães, com baixa escolaridade, coabitando com família (pais ou companheiros) e provedoras das suas casas.

Nos estudos de Diez *et al.* (2000), mostra-se que 29,9% dos seus residentes eram portadores de VIH; Seabra *et al.* (2010) verificaram, no seu estudo, que 46% dos seus doentes eram portadores do Vírus de Hepatite C (HCV). Já em estudos anteriores, realizados tanto por Roig (1996), como por Melús e Gutiérrez (1996), encontraram percentagens mais baixas relativamente aos infectados pelo vírus VIH.

A perturbação da personalidade afecta 50-90% dos consumidores de drogas, sendo considerado o diagnóstico psiquiátrico mais comum entre esses, seguida das perturbações de ordem afectiva (20-60%) e das perturbações psicóticas (20%) e estima-

se que 10 a 50% dos pacientes apresentam co-morbilidade de mais do que uma perturbação de personalidade ou psiquiátrica (Uchtenhagen & Zeiglgänsberger, 2000, citado por EMCDDA, 2004).

Scheffer e Pasa (2010), num estudo de carácter transversal quantitativo com 32 indivíduos, por meio do *Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I Plus)*, verificaram a frequência de transtornos psiquiátricos em dois grupos de dependentes químicos, cocaína/*crack* e álcool/cocaína/*crack* e constataram uma alta prevalência de transtornos psiquiátricos nos dependentes químicos, já que ambos os grupos apresentaram diagnóstico para, pelo menos, um transtorno de humor, tendo o grupo de dependentes de cocaína/*crack* apresentado igual prevalência para Episódio Depressivo Maior e Episódio Maníaco (52,9%) e Risco de Suicídio (41,2%). Dentre os dependentes de álcool/cocaína/*crack*, 66,7% apresentaram Episódio Depressivo Maior, acompanhado por Risco de Suicídio (66,7%) e Episódio Depressivo Maior com características Melancólicas (53,3%).

Armstrong e Costello (2002), citados por Ribeiro e Laranjeira (2010), numa revisão envolvendo estudos comunitários relativamente a comorbidade psiquiátrica efectuada com jovens usuários de álcool e outras drogas, constataram que cerca de 60% dos indivíduos apresentavam uma comorbidade, tendo o transtorno de conduta e o transtorno desafiador opositor como os mais comuns, à frente do transtorno depressivo.

Neste sentido, Flynn e Brown (2008) afirmam que a maioria dos usuários de drogas dentro do ambiente de tratamento possui ao menos um transtorno mental. Tal facto pode ser averiguado nos estudos de Silva *et al.* (2009) com 31 sujeitos diagnosticados como dependentes de álcool ou cocaína/*crack*, em regime de internamento no Centro especializado de Dependência Química, da Unidade do Hospital Parque Belém, localizado em Porto Alegre, RS, através da aplicação do *Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I)*, verificaram que 83,9% dos integrantes desta pesquisa apresentaram ao menos um outro transtorno mental. Destes, 61,3% foram diagnosticados com dois ou mais transtornos mentais, direccionando para a presença de comorbidades múltiplas numa expressiva parcela da amostra estudada. No grupo de indivíduos alcoólicos, somente 18,8% não apresentaram comorbidades psiquiátricas, enquanto no grupo de dependentes de cocaína/*crack*, em somente 13,3% não foi diagnosticado nenhum outro transtorno psiquiátrico, deixando transparecer que

as comorbidades psiquiátricas são mais comuns entre usuários de outras drogas ilícitas, como o *crack*, do que substâncias psicoativas como o álcool e, porventura, o tabaco.

Nessa dialética, a presença de uma segunda comorbidade psiquiátrica é habitual entre os usuários de cocaína e *crack* (Leite, 1996), sendo que a depressão e os transtornos ansiosos são as comorbidades psiquiátricas mais observadas (Terra, 2000), esquizofrenia e tabagismo (SENAD, 2006), já que o tabagismo está fortemente associado ao alcoolismo (Bossato, 2005), logicamente a presença da comorbidade aumenta a gravidade de ambas as doenças (Duailibi, Ribeiro & Laranjeira, 2008) e piora o prognóstico dos usuários de substâncias psicoativas (Leite, 1999). Essas afirmações foram constatadas por Magrinelli (2003), num estudo realizado com 50 pacientes internados em Porto Alegre, onde se encontrou correlação significativa entre os sintomas de depressão e ansiedade e a gravidade da dependência.

Verifica-se uma elevada percentagem de dependentes químicos policonsumidores (Capistrano *et al.*, 2013) e, nestes, há uma maior ocorrência de psicopatologias e risco de suicídio (Hess, Almeida & Moraes, 2012). Contrariamente, Wagner (2002), numa pesquisa entre os usuários de cocaína e *crack* internados para tratamento na cidade de Pelotas, entre 1998-2000, mostrou que a presença de depressão maior e a dependência de cocaína aumentava a adesão dos portadores de ambas ao tratamento instituído. Normalmente, aqueles que consomem abusivamente cocaína e *crack* apresentam graves comorbidades (Heim & Andrade, 2008) e quanto maior é a gravidade da patologia orgânica, maior será a probabilidade de conclusão do programa de tratamento (Diez *et al.*, 2000).

É bastante frequente encontrar, na literatura, a existência de consumo excessivo e situações graves relacionadas ao consumo do álcool em dependentes de outras substâncias psicoativas. Para Laíns (2006), é notável o aumento do consumo de álcool nos pacientes heroíno-dependentes em programas de substituição. Segundo Bickel, Marion e Lowinson (1997), o uso abusivo do álcool e as suas consequências para a saúde, simultaneamente com o consumo de cocaína e infecção pelo VIH, constitui um dos mais graves problemas entre os indivíduos em tratamento com o programa de metadona.

Portugal *et al.* (2010), numa pesquisa descritiva, de carácter retrospectivo, cujo objectivo era descrever o perfil de pacientes atendidos no Programa de Atendimento ao Alcoolista do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo, portadores de comorbidades, observaram que os transtornos clínicos foram mais frequentes (70,6%), seguidos de transtornos psiquiátricos (63,7%) e sociais (34,4%). De entre os primeiros, a hipertensão arterial (33,1%) foi o mais prevalente, sendo que o tabagismo (58,1%) foi o que teve mais percentagem entre a segunda e, por fim, os conjugais (18,1%) foi o mais frequente entre os problemas sociais.

Entre os fumantes refractários estão aqueles indivíduos com dependência de outras drogas. Experiencia-se, por exemplo, que 90% dos alcoólicos fumam e que é muito mais difícil parar de fumar sem suspender o consumo da outra substância, a qual se usa concomitantemente (Laranjeira, Zaleski & Ratto, 2004), pelo que há uma forte associação entre o tabagismo e o uso de álcool e de outras drogas (Rodrigues *et al.*, 2009), de ocorrência na adolescência, fase marcada pela exposição, vulnerabilidade, experimentação e abuso de drogas (Santilán, 2007), sendo que essa associação constitui uma forma da nicotina antagonizar os efeitos depressores do álcool no sistema nervoso central (Gigliotti, 2005). O tabaco desempenha a função de facilitador para o consumo de cocaína, *cannabis* e outras drogas ilícitas (Schmitz, Kruse & Kugler, 2003) e, quando se consome em simultâneo, o tabaco e outros psicoestimulantes, como a cocaína, é provável que a nicotina, ao estimular a liberação de neurotensina, um neuroléptico endógeno, diminua as alterações perceptuais induzidas pelos psicoestimulantes, bem como os sintomas iniciais de abstinência (Fredrichson, Boules, Lin & Richelson, 2005) e, no tratamento, não se verifiquem diferenças significativas das taxas de recuperação entre fumantes e não-fumantes, quando se trata de dependência de substâncias estimulantes, por exemplo, a cocaína (Laranjeira *et al.*, 2004).

Neste sentido, em Rodrigues *et al.* (2009), num estudo epidemiológico, nas escolas do Distrito Federal, numa amostra de 2.661 alunos com idades entre 9 e 19 anos, através da aplicação de um questionário padrão, verificou-se que a prevalência do tabagismo entre álcool e outras substâncias psicoactivas é de 10,5% nessas escolas.

2.7. Programa Nacional Integrado⁴ de Luta Contra Droga e Crime em Cabo Verde (2012-2016)

De acordo com os dados do recenseamento de 2010, a população residente em Cabo Verde é de 492 mil habitantes, aproximadamente, sendo 50,5% da população feminina.

Pode-se dizer ainda que 32% da população tem menos de 15 anos, 43,7% tem menos de 20 anos e 54% tem menos de 24 anos de idade. O aumento anual da população é de 1,2%. Actualmente, a esperança de vida é de 77 anos para as mulheres e de 69 anos para os homens.

Cabo Verde está inserido na zona estratégica do tráfico internacional, entre a Europa, a África e a América do Norte e do Sul. Este factor, aliado à sua excelente posição geográfica no mundo e ao facto de possuir um vastíssimo mar (700 Km² de águas territoriais), constituem factores propensos à atracção de grupos e de redes internacionais organizados, ligados à criminalidade transfronteiriça, sendo a droga um dos exemplos. Não se pode excluir que as águas territoriais, principalmente nos espaços desprotegidos, sejam utilizadas para outras práticas de crime transnacional.

Para melhor conhecimento da realidade, no que tange ao consumo de drogas e à toxicod dependência em Cabo Verde, pode-se recorrer, principalmente, a alguns estudos exploratórios e de estimativa, bem como de alguns relatórios que foram realizados e apresentados sob a iniciativa da CCCD e/ou de outras entidades relevantes na matéria:

1. Estudo Qualitativo e Estimativa do Tamanho de duas Populações em risco para o VIH/SIDA: usuários de drogas injectáveis e profissionais do sexo (2006)
2. Estudo de Opinião Pública sobre a Criminalidade em Cabo Verde (2006 e 2008)
3. Inquérito sobre o crime e a corrupção em Cabo Verde (2006 e 2008)
4. Estudo sobre a situação das drogas e a sua relação com o VIH/Sida (2008)

⁴ O Programa Nacional Integrado de Luta contra a Droga e Crime em Cabo Verde (2012-2016) foi disponibilizado pela Comissão de Coordenação de Combate à Droga.

5. Estudo Sócio-comportamental e de Sero prevalência do VIH/Sida nos Usuários de Drogas (2011).

2.7.1. Análise e avaliação de algumas medidas implementadas

Relativamente ao quadro legal, diversas medidas foram implementadas nos planos nacional, regional e internacional. No Quadro Institucional foram criadas Estruturas de Coordenação e de Repressão, polícia e outras entidades como a Comissão de Coordenação do Combate à Droga, que é uma comissão Interministerial para o controlo de drogas, também chamada CCCD, tutelada pelo Ministério da Justiça e criada em 1995. Além do Ministério da Justiça, também fazem parte dessa Comissão, Representantes do Conselho Superior da Magistratura Judicial e do Ministério Público, os Ministérios da Saúde, da Educação, das Finanças, das Relações Exteriores, da Defesa, do Trabalho e Solidariedade, Comissão Nacional dos Direitos Humanos e da Cidadania e da Juventude. Sete ONGs activas no sector, incluindo a Associação Nacional dos Municípios de Cabo Verde, que vem completar o comité.

A CCCD tem como principal atribuição a coordenação de todas as acções de luta contra a droga no país e teve como primeira tarefa a elaboração de um Programa Nacional de Luta contra a Droga (1999-2001), com objectivos e resultados esperados nas diferentes vertentes do combate à droga (prevenção primária, tratamento, reinserção social e repressão).

2.7.2. Estruturas de prevenção e de tratamento

Cabo Verde conta com diversas estruturas de prevenção e de tratamento, entre as quais os Centros de Juventude, Comunidade Terapêutica Granja S. Filipe - CTGSF, Tendas do El Shadai/JOCUM, Comité de Coordenação da Luta contra a SIDA – CCSSIDA, Rede da Sociedade Civil, VERDEFAM, Associação Cabo-Verdiana para a Protecção da Família, Direcção Geral dos Serviços Penitenciários e de Reinserção Social, Direcção dos Serviços de Reinserção Social e a Comissão de Coordenação de Combate à Droga, sendo que o Secretariado Permanente da CCCD, coordenado pela Secretária Executiva, é o serviço responsável pela coordenação das acções de prevenção ao uso de drogas.

Destaca-se que através do Decreto-Lei nº 50/2005, de 25 de Julho, foi criada a primeira Comunidade Terapêutica - Centro Nacional de Tratamento dos

Toxicodependentes masculinos e feminino, maiores de 18 anos de idade. É um centro de recuperação em regime residencial e que, sob a supervisão e a coordenação da CCCD, tem como atribuições: o tratamento, a recuperação e a reintegração social dos dependentes.

Garante o acompanhamento médico, psicológico e complementarmente tem actividades no domínio da terapia ocupacional, seja via formação profissional, seja via desenvolvimento de actividades produtivas ou geradoras de renda. Para ser internado na CTGSF, o interessado deve dirigir-se às Delegacias e Centros de Saúde, Serviços de Psiquiatria ou CCCD, para avaliação e encaminhamento. Desde a sua criação, foram estabelecidos protocolos de articulação com as estruturas de saúde a nível nacional, de forma a facilitar os cuidados e tratamentos das dependências a nível das localidades.

Ainda, conseguiu estabelecer protocolos de articulação com as estruturas judiciais e com os estabelecimentos de reinserção social, para que seja, na circunstância em que o dependente estiver, assegurado o seu tratamento.

2.7.3. Medidas e políticas adoptadas

O Governo tem prosseguido com uma abordagem multisectorial concertada e integrada, no tocante à prevenção e combate ao tráfico e ao consumo de droga. Assim, no quadro da materialização da estratégia nacional de luta contra a droga e crime conexo de 2004, que implicou vários intervenientes, é de realçar os avanços no domínio da redução de oferta de drogas, no domínio da redução da procura/desafios globais, no Reforço do Estado de Direito Democrático e de Luta contra a Criminalidade Transnacional e Organizada e Assistência técnica e Cooperação internacional.

2.7.4. Desafios Prioritários de Cabo Verde em matéria do Combate à Droga e Crime

O tráfico de drogas e o crime organizado são ameaças para a segurança e para a estabilidade do país. Sendo assim, é de se reconhecer que o compromisso e a cooperação entre todos os intervenientes serão necessários para se garantir a segurança à nossa população e esse é um dos suportes para garantir, também, a sustentabilidade do país. A África Ocidental representa, para as Nações Unidas em geral e para o ONUDC em particular, um dos grandes desafios e continua a ser uma das suas principais

prioridades, enquanto sub-região mais instável do mundo, onde se regista um aumento do tráfico e consumo de drogas, sinais de produção, pirataria e insegurança.

Nesse cenário, a localização geoestratégica de Cabo Verde requer uma atenção especial quanto aos desafios associados ao desenvolvimento do terrorismo internacional, ao branqueamento de capitais e ao tráfico de seres humanos e de drogas.

Um outro factor inquietante é o aumento do consumo abusivo do *crack*, que requer um reforço de programas de prevenção (incluindo VIH /SIDA), com ênfase na juventude e nos usuários de drogas e dependentes, incluindo mulheres usuárias de drogas. Esses fenómenos afectam principalmente a população masculina e jovens desempregados, e têm consequências sobre o tecido social de Cabo Verde, levando o Estado a tomar medidas para melhor compreender a magnitude de tais eventos e a planear intervenções mais eficazes.

O programa nacional integrado é abrangente, multidisciplinar, multisectorial e transversal. Resulta de um trabalho de diversos sectores governamentais e não-governamentais e de serviços competentes na matéria, tendo como objectivo, a médio prazo, consolidar os ganhos conseguidos por Cabo Verde em matéria de luta contra o narcotráfico e o crime organizado, reforçar e melhorar a capacidade de resposta das autoridades nacionais em matéria de prevenção, garantindo saúde, paz e segurança no quadro da promoção dos direitos humanos e da boa governação.

Para a materialização do programa nacional integrado de combate à droga e crime, foram eleitos quatro eixos prioritários de intervenção: Prevenção e Pesquisa; Tratamento e Reinserção Socioprofissional dos Toxicodependentes; Combate ao Tráfico Ilícito, Crime Organizado e Terrorismo e Justiça e Integridade.

2.8. Tratamento

Em virtude do carácter crónico dos quadros psicopatológicos decorrentes do uso das substâncias psicoactivas e das frequentes recaídas dos usuários que tentam entrar em abstinência, gradualmente o tratamento de grande parcela desses usuários passou a ser realizado em CTs. Contudo, sabe-se que o sucesso de qualquer terapia, controlo ou prevenção de uma patologia dependem, essencialmente, da adesão ao tratamento

(Benbrahim, García, Sáez & Gastelurrutia, 2009). Isso é particularmente válido para o tratamento de dependentes de substâncias psicoactivas em CTs.

Para Reiners, Arruda, Vieira e Azevedo (2008), os estudos relativos à adesão fundamentam-se na percepção dos profissionais de saúde de que os pacientes são os grandes responsáveis pela problemática e que o defeito dos técnicos assenta na promoção dum entendimento de maior profundidade, concernente à adesão.

Neste sentido, Ogden (2004) observa que uma das intervenções para aperfeiçoar a adesão dos dependentes de substâncias psicoactivas ao tratamento está vinculado ao aprimoramento do conteúdo da comunicação.

Os profissionais de saúde, principalmente os que trabalham com esta problemática, têm uma grande responsabilidade, embora menor do que a do paciente, quando a questão é adesão ao programa de tratamento. Assim, uma investigação atribui maior responsabilidade ao paciente quanto à adesão ao tratamento e tanto os profissionais como os serviços de saúde são co-responsáveis por esse processo (Reiners *et al.*, 2008). Isto sugere que um dos meios de melhorar a resposta ao programa de tratamento dos residentes numa comunidade terapêutica passe precisamente por uma melhoria na comunicação e por uma boa adesão ao programa de tratamento. De qualquer forma, é necessário um melhor entendimento do fenómeno em estudo.

Por outro lado, Nobrega (2005) refere que “certos autores apontam para a dificuldade da mulher alcoólatra e usuários de outras drogas (além do álcool) em buscar ou encontrar tratamento adequado para as suas demandas”. As mulheres na CTGSF relatam que, muitas vezes, durante algumas sessões de terapia de grupo, sentem-se constrangidas e não partilham com profundidade, já que os homens manifestam dificuldades na percepção das suas partilhas e, por conseguinte, as ajudas que recebem não são as mais adequadas.

Um estudo de Cesar (2006), num espaço específico para tratamento de Grupo de Mulheres Alcoólatras, revelou uma adesão ao tratamento de 70% das mulheres atendidas, contra 10% antes da criação desse espaço. Mas, considera os dados insuficientes para indicar a necessidade de tratamento das mulheres separadamente dos homens; contudo, é de opinião que mudanças nos modelos de atenção junto às mulheres

alcoólatras poderiam favorecer acções mais efectivas por parte das equipas de saúde, nessa área.

2.8.1. Factores gerais que contribuem para ou dificultam completar o programa de tratamento

O término do tratamento é uma questão complexa para os que lidam com a dependência química, já que envolve complexas questões de natureza socioeconómica, física, biológica e legal, tanto próprias dos dependentes de drogas como daqueles que os rodeiam (Lacks & Quaglia, 2006). Sabe-se que a recuperação dos dependentes de substâncias psicoactivas é um processo de longo prazo, todavia as pessoas deixam o tratamento precocemente, o que resulta em recaídas frequentes; a permanência em tratamento por um período adequado é fundamental para a recuperação (*National Institute on Drug Abuse*, 2012).

Na literatura científica, são escassos os dados referentes à resposta ao programa de tratamento numa CT. Uma dessas respostas é, precisamente, o abandono, que pode ser considerado como um dos indicadores de insucesso das actividades terapêuticas.

O abandono dos tratamentos constitui um dos principais problemas na área da saúde, particularmente importante nos programas de tratamento das dependências de substâncias psicoactivas (Villa & Benavente, 2000). Alguns autores chamam a atenção para a existência de elevadas taxas de abandono de tratamento, frequentemente encontradas em programas de saúde mental, em geral (Young, Grusky, Jordan & Belin, 2000). Há informações de que estudos recentes, conduzidos em centros de saúde mental em diversos países, dentre os quais Inglaterra, Estados Unidos e Espanha, estimaram taxas de abandono variando entre 24 e 66% (Bados, Balaguer & Saldaña, 2007).

Negrete, López e Silvestre (2010) afirmam que o abandono do tratamento pode variar entre os 20% e os 80%, dependendo, principalmente, das características do usuário ou do tratamento. Nesta lógica, Fiorini (2004) observa que o problema do abandono nas psicoterapias alcança uma gravidade preocupante, chegando mesmo a atingir de 30 a 65% dos casos, com intervenção de uma série de variáveis. Sirvent *et al.* (2010) julgam que este fenómeno constitui uma crescente preocupação e uma prioridade nas tarefas de investigação.

Goñi (2005), num estudo *ex-post facto*, de carácter prospectivo, com uma amostra de 618 indivíduos dependentes de álcool, haxixe, anfetaminas, barbitúricos, heroína, cocaína, *speed ball* e alucinógenos, *crack* e outras substâncias psicoactivas, realizado na Comunidade Terapêutica de *Proyecto Hombre de Navarra*, Espanha, constatou que apenas 34,3% concluíram o tratamento. O mesmo pesquisador referiu que não houve diferença nas taxas de conclusão e de abandono de tratamento nos indivíduos com histórias de internamentos prévios.

Diez *et al.* (2000), num estudo longitudinal com uma amostra com 231 sujeitos dependentes de heroína, cocaína, tabaco, álcool, anfetaminas, psicofármacos e hipnóticos, realizado na Unidade de Desabilitação Residencial “*Balsa Blanca*” verificaram que o tempo médio de permanência em programa de tratamento era de 4,8 meses, e 31,2% dos sujeitos que compuseram a sua amostra finalizaram com êxito o programa de tratamento. Os mesmos pesquisadores afirmaram que os indivíduos que tinham consumido a droga por mais tempo, apresentaram maior probabilidade de concluir o programa terapêutico.

Perrone (2012), num estudo em duas CTs no interior do Estado de São Paulo, Brasil, com dependência de álcool e dependência cruzada, constatou que 55% e 75% dos residentes desistiram de tratamento nas referidas CTs, respectivamente. Numa destas, 58% dos residentes que abandonaram o tratamento já haviam estado internados anteriormente, apenas em CT.

Seabra, Negrão, Barbosa e Nassano (2010), num estudo com 241 indivíduos, dos quais 204 eram homens que entraram num programa de redução de riscos e minimização de danos, através de um programa de metadona em Torres Vedras, Portugal, verificaram que os sujeitos permaneciam, em média, 2,3 meses, cuja taxa de abandono de tratamento era de 49%. Cerca de 49,3% dos doentes consumiam cocaína, à entrada, simultaneamente com heroína, bem como outras substâncias, designadamente *cannabis*, revelando uma clara situação de consumo de múltiplas drogas.

Ravndal *et al.* (2005), num estudo prospectivo de 13 programas, na Noruega, com uma amostra consecutiva de 307 sujeitos dependentes de heroína, álcool e outras substâncias psicoactivas, mostraram que apenas 40% dos sujeitos completaram o tratamento indicado, independentemente de serem pacientes de primeira internação ou

não. Esses autores referem que, em estudos nórdicos e internacionais, a percentagem dos dependentes, que completam o tratamento, varia entre os 20% e os 40% e que os pacientes que tinham consumido anfetaminas de forma habitual, entre três e cinco anos, tinham significativamente mais probabilidade de completar o tratamento que os clientes que as tinham consumido durante menos tempo.

Um estudo qualitativo realizado na Comunidade Terapêutica Greenwood, São Paulo, por Tissot (2006), com 31 pacientes dependentes de substâncias psicoactivas, mostrou que 47,8% deles abandonou precocemente o tratamento. Mooney *et al.* (2007) afirmam que as taxas de conclusão de tratamento são muitas vezes iguais ou inferiores a 50%. Por seu turno, Goñi *et al.* (2008), num estudo de uma amostra de 61 pacientes dependentes de heroína, cocaína, *speed ball* (mistura de ambas as substâncias), álcool, *cannabis*, do *Proyecto Hombre* de Navarra, Espanha, relataram taxas de abandono que variaram entre 60 e 80 %, tanto no tratamento ambulatorial como no residencial, na sua maioria homens, solteiros (77%) e de baixa escolaridade.

Hervás *et al.* (2010), no seu estudo de 91 dependentes de cocaína, realizado em várias unidades de assistenciais públicas de uma cidade espanhola, constataram que 50,5% deles abandonaram o tratamento antes dos seis meses.

A partir das elevadas taxas de abandono, observadas pela maioria dos pesquisadores que examinaram essa questão, diversas investigações se propuseram a identificar os factores responsáveis por esse abandono. Entre os factores mais pesquisados encontram-se: género, idade, tempo de uso, gravidade do quadro, tipo de droga usada e presença de alterações psicopatológicas prévias ao uso de substâncias psicoactivas. Os achados, até agora, estão longe de serem conclusivos, como veremos a seguir.

Maglione, Chao e Anglin (2000), numa amostra de 2337 sujeitos dependentes de mentanfetamina, num programa de tratamento ambulatorio, mostraram que os pacientes homens têm uma maior probabilidade de abandono do tratamento do que as mulheres.

De acordo com Negrete *et al.* (2010), num estudo retrospectivo, elaborado com dados recuperados de expedientes e de bases de dados do Sistema de Informação Epidemiológica do Consumo de Drogas de Centros de Integração Juvenil, Enseñanza,

México, a partir da selecção de uma amostra inicial de 1922 usuários de drogas ilícitas verificaram que, comparadas com os homens, uma proporção significativamente maior de mulheres concluíram o tratamento. Por sua vez, Mangado (2009), num estudo observacional retrospectivo de tratamento em grupo, com uma amostra de 1432 dependentes de álcool, cocaína e heroína, avaliou o papel do género na retenção, no tratamento em uma Unidade de Toxicoddependência, Madrid, Espanha e encontrou diferenças relevantes na evolução do tratamento segundo o género: os homens tiveram melhor prognóstico do que as mulheres.

As pesquisas de Monteiro *et al.* (2011), de natureza quantitativa, realizadas no município de Teresina, cujo objectivo era levantar o perfil sociodemográfico e a adesão ao tratamento de dependentes do álcool no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, através do levantamento de informações presentes nos prontuários dos 227 sujeitos, verificaram que na faixa etária entre os 15 e os 18 anos, a média de permanência encontrada foi de 5,5 meses (desvio padrão $\pm = 4,3$); para a faixa compreendida entre os 19 e os 59 anos de idade, foi de 6,3 meses (desvio padrão $\pm = 5,1$) e para 60 anos e mais, a média em meses foi de 9,8 e o desvio-padrão de 10,4. Os mesmos autores constataram que 55% da amostra usava diariamente o álcool, seguido de 35,2% para mais de três vezes por semana e 8,8% para uma a duas vezes por semana e 0,8% consumia-o quinzenalmente.

A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas [SENAD] (2011), em parceria com outras instituições, realizaram uma pesquisa sobre o Perfil dos usuários de *crack* e/ou similares no Brasil, tomando como referência as 26 capitais, o Distrito Federal, municípios seleccionados das nove Regiões Metropolitanas Federais e uma amostra representativa de cidades de pequeno e médio porte, seleccionadas a partir dos dois extremos e constaram que há forte superposição do uso de *crack*/similares com o consumo de drogas lícitas, sendo o álcool e o tabaco as mais consumidas, mais de 80% dos usuários, no Brasil. Ainda, verificaram que o número médio de pedras usadas por usuário nas capitais é de 16 por dia, e nos demais municípios, o número é de 11 pedras ao dia.

Por outro lado, Sirvent *et al.* (2010), num estudo retrospectivo de dois anos, pesquisando os motivos da alta em dispositivos assistenciais de *Fundación Instituto Spiral*, Oviedo, Espanha, numa amostra de 231 sujeitos dependentes de cocaína,

opiáceos, haxixe, álcool, psicofármacos e múltiplas drogas, não encontraram diferenças significativas entre o abandono e o género e a idade, sugerindo que nem o género nem a idade, por si só, são factores de risco para não conclusão de tratamento.

Há indicações de que os indivíduos mais jovens abandonam mais precocemente o tratamento (Ribeiro *et al.*, 2008; Monteiro *et al.*, 2011). A confirmar tal hipótese, Almeida, a partir de uma pesquisa descritivo-exploratória de abordagem quantitativa, de carácter retrospectivo, realizado com uma amostra de 706 indivíduos usuários de álcool, tabaco, *crack*, *cannabis*, cocaína, inalantes e medicamentos, evidenciou que o factor idade esteve associado ao abandono do tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, no Município João Pessoa, Brasil (Almeida, 2013).

Por outro lado, David *et al.* (1997), numa amostra de 74 heroinodependentes, admitidos sucessivamente num programa terapêutico denominado Tratamento Combinado por Etapas, no Centro de Atendimento de Toxicodependentes, em Lisboa, verificaram que a idade foi preditor significativo do tempo total de permanência no programa: quanto maior a idade do indivíduo, menor foi o tempo de permanência no programa de tratamento. Entretanto, Villa e Hermida (2000) mencionam um estudo realizado por Garfield, em que este autor, já em 1994, afirmava que as variáveis como idade e género, bem como as variáveis medidas por testes psicológicos não eram bons preditores do abandono ou da finalização de tratamentos psicológicos.

Num estudo pré-experimental, realizado em Rio Grande do Sul, Brasil, com uma amostra de 103 adolescentes usuários de substâncias psicoactivas ilícitas (*cannabis*), Oliveira *et al.* (2010) constataram que os adolescentes que possuíam o diagnóstico de transtorno de conduta apresentaram maior tendência para desistir do tratamento.

Os pesquisadores Montalvo *et al.* (2008) desenvolveram na Comunidade Terapêutica da *Fundacion Proyeto Hombre* de Navarra, Espanha, um estudo *ex post facto*, de carácter prospectivo, num universo de 125 pacientes, de onde foi retirada uma amostra de 42 pacientes dependentes da heroína, cocaína, álcool, anfetaminas e benzodiazepinas, mostraram que, pelo menos, 76,2% dos pacientes apresentava um transtorno de personalidade, sendo que o transtorno de maior prevalência é o transtorno anti-social da personalidade (42,9%), seguido de transtorno passivo-agressivo da personalidade (40,5%) e do transtorno narcisista da personalidade (21,4%) e concluíram

que a presença de perturbações de personalidade associou-se com uma maior e mais precoce probabilidade de abandono do tratamento.

Numa amostra de 74 heroíno-dependentes, admitidos sucessivamente num programa terapêutico denominado Tratamento Combinado por Etapas (TCE), num Centro de Atendimento de Toxicodependentes, em Lisboa, encontraram uma relação entre escolaridade e o tempo total de permanência dos sujeitos no programa, ou seja, quanto menor a escolaridade do indivíduo, menor foi o tempo de permanência esperado no tratamento. Cerca de 68% desses indivíduos não tinham realizado nenhum tratamento anterior e nos estudos Nórdicos e internacionais, a percentagem dos dependentes que completam o tratamento, como é devido, varia entre os 20% e os 40%. Já os clientes que tinham consumido anfetaminas de forma habitual, entre três e cinco anos, tinham significativamente mais probabilidade de completar o tratamento que os clientes que as tinham consumido durante menos tempo (David *et al.*, 1997).

Peixoto *et al.* (2010) analisaram 316 prontuários de pacientes do CAPSad de Campo Grande (MS) e, com isso, puderam observar que os grupos de pacientes que aderem ao tratamento apresentaram maior tempo de uso de drogas, 20,0 anos (desvio padrão = 13,8), contra 15,7 anos (desvio padrão = 12,6) do grupo que não aderiu ao tratamento. Por seu turno, Diez *et al.* (2000), num estudo longitudinal, com uma amostra de 231 sujeitos, observaram que o tempo de consumo de 1 a 5 anos corresponde a 39,8 % dos casos, de 6 a 10 anos a 30,8 % dos casos, de 11 a 15 anos a 23,8% dos casos e de 16 a 20 anos a 5,6 % dos casos.

Finalmente, dados da NIDA apontam que cerca de 60% dos dependentes químicos pesquisados já tinham alguma experiência anterior de tratamento, sem resultados positivos (NIDA, 2011). Surjan, Pillon e Laranjeira (2000), numa pesquisa realizada em clínica de recuperação na cidade de São Paulo, com pacientes dependentes de álcool e outras drogas, concluíram que cerca de 48% deles já tinham efectuado pelo menos um tratamento anterior.

Neste sentido, processos relevantes para a conclusão dos tratamentos têm sido evidenciados por vários estudos, como a adesão e o envolvimento nestes.

Veremos, seguidamente, que essas pesquisas têm identificado um conjunto de factores influentes nos processos mencionados e, seguindo como referência seus resultados, norteia o desenvolvimento de operações específicas, no intuito de incrementar o termo dos programas de tratamentos.

2.8.2. Factores que interferem com a adesão e o envolvimento em programas de tratamento e sua conclusão

Os dependentes de substâncias psicoactivas demonstram uma enorme dificuldade em manter-se no tratamento e têm uma árdua tarefa de se focalizarem na aquisição de novos hábitos, em detrimento da rotina de consumo de drogas. Na linha de pensamento de Hervás *et al.* (2010), pode-se afirmar que a maior ou menor probabilidade do abandono do indivíduo relaciona-se com a convergência de vários factores e de variáveis, não só relacionados com os pacientes como também relacionados com o tratamento que dinamicamente interagem ao longo do processo de tratamento. Nesta perspectiva, Almeida e Xavier (1995) consideram indispensável aperfeiçoar a efectividade dos programas de tratamento, no intuito de melhorar os resultados obtidos pelos pacientes.

A adesão é um factor importante para o sucesso do tratamento (Marques *et al.*, 2002) e essencial para a predição da evolução do mesmo (Simpson *et al.*, 1997), afigurando-se como um dos determinantes fundamentais para o êxito do tratamento, já que a não adesão é um grave problema que afecta tanto o paciente como o sistema de saúde (Jimmy & Jose, 2011). Presume-se que a existência de determinadas peculiaridades intrínsecas aos indivíduos, tem dificultado a adesão a programas de tratamento em CTs.

No entanto, é legítimo pensar que pacientes com determinadas características se adaptariam melhor a um determinado tipo de tratamento que colmatasse adequadamente as suas necessidades (Lacks & Quaglia, 2006), que aumentasse os seus índices de adesão e, conseqüentemente, levasse a uma maior efectividade do tratamento (Fuller, 1991).

Neste sentido, a taxa de abandono dos programas de tratamento é um dos problemas mais graves no âmbito das toxicodependências. A identificação precoce de factores preditores de risco de abandono pode proporcionar informação útil sobre as

necessidades específica de tratamento deste tipo de paciente (Hervás *et al.*, 2010), sendo que a aceitação do problema do paciente é primordial no início e no decorrer do tratamento, constituindo um desses factores (Janeiro, 2007).

2.8.3. Factores que contribuem para a adesão e o envolvimento em programas de tratamento e sua conclusão

A retenção, no tratamento de dependência, de substâncias psicoactivas é de enorme importância para a sua conclusão, o que a tornou um objectivo fundamental (Stotts *et al.*, 2007), sendo que, para os adolescentes, a maior probabilidade de permanecer em CT relaciona-se com a sua postura crítica no primeiro mês e com um maior apoio dos seus familiares ou rede de apoio (Edelen *et al.*, 2007). Já os adultos, aparentam conseguir maiores probabilidades de se manterem na CT devido a factores intrínsecos à comunidade como, por exemplo, sensação de suporte e trocas de experiência entre residentes, mais do que por factores individuais (Mandell *et al.*, 2008).

A relação entre a conclusão dos programas de tratamento e a gravidade da dependência tem sido alvo da investigação por alguns pesquisadores (Simpson, 2004; Stotts *et al.*, 2007). Assim, os anos da dependência parecem estimular a motivação e a conclusão do tratamento (Ferreira, 2007). Percebe-se, então, que quanto mais anos de consumo o indivíduo tiver, maior será a sua motivação para concluir o tratamento, já que experienciou diversas consequências da dependência e pode estar mais preparado para a mudança. A satisfação com o tratamento aparenta estar associada à retenção (Grella & Stein, 2006), porém, a taxa da retenção do consumidor de *crack* é mais baixa, pois é mais difícil de se tratar (Hervás *et al.*, 2010), já que os usuários de *crack* são os que menos buscam ajuda entre os usuários de drogas ilícitas. No entanto, o aumento da severidade da dependência, os problemas legais e a presença de tratamentos anteriores, constituem os factores predisponentes à busca por tratamento (Carlson *et al.*, 2010).

A literatura evidencia que os indivíduos mais jovens abandonam mais precocemente o tratamento (Beynon, McMinn & Marr, 2008; Ribeiro *et al.* 2008; Monteiro *et al.*, 2011) e as abordagens terapêuticas são mais eficazes em pacientes com idades mais avançadas, pois têm vários anos de consumo contínuo e, consequentemente, já experienciaram um intenso sofrimento (Guimarães, Santos, Freitas & Araújo 2008; Peixoto *et al.*, 2010). Ravndal *et al.* (2005) sustentam que a idade, o número de anos de

consumo de anfetaminas, o número de transtorno de personalidade e o número de tratamentos anterior demonstrou ter impacto positivo na conclusão do tratamento, entre os que já tinham efectuado um tratamento prévio.

Os achados de Cacho e Jiménez (2010) em duas comunidades terapêutica, em Espanha, demonstram que 70% dos indivíduos tiveram alta terapêutica na primeira comunidade, enquanto 30% concluíram o programa na segunda comunidade terapêutica; 36,4% saiu por alta voluntária na primeira, enquanto 64,6% fê-lo no segundo centro de tratamento; 33,3%, e 66,7% tiveram alta disciplinar, respectivamente no primeiro e no segundo centro de tratamento.

David *et al.* (1997), numa amostra de 74 heroíno-dependentes, que foram admitidos sucessivamente num programa terapêutico denominado Tratamento Combinado por Etapas (TCE), verificaram que há uma relação entre a escolaridade e o tempo total de permanência dos sujeitos no programa, ou seja, quanto menor é a escolaridade do indivíduo, menor será o tempo de permanência esperado no tratamento.

Opinião idêntica foi defendida por Negrete *et al.* (2010), ao afirmarem que os indivíduos com mais tempo de permanência em tratamento são aqueles com mais escolaridade. Portanto, um baixo nível educativo e uma baixa escolaridade influem também no abandono do tratamento (Szal, Joe & Simpson, 2000; Sayre *et al.*, 2002; García *et al.*, 2007; Rodríguez *et al.*, 2007).

A literatura tem demonstrado que há uma predominância dos dependentes de substâncias psicoactivas do género masculino sobre o feminino, nos centros de tratamento (David *et al.*, 1997; Diez *et al.*, 2000; Montalvo *et al.*, 2004; Ravndal *et al.*, 2005; Faria & Schneider, 2009; Mangado, 2009; Figlie *et al.*, 2010; Batista, Batista & Constantino, 2012; Castro, Feitosa, Noronha, Carvalho & Castro, 2012), já que as mulheres conseguem disfarçar a dependência por mais tempo e porque, em virtude da forma como a sociedade vê a mulher alcoólatra, há uma preocupação acrescida relativamente à auto-imagem ao expor-se a um tratamento, no qual terá que se encarar com outras pessoas (Peixoto *et al.*, 2010). Assim, estas demoram a procurar ajuda devido ao preconceito (Figlie *et al.*, 2010), devido a questões culturais, com relação aos usuários de drogas, que é mais vincado entre as mulheres (Faria & Schneider, 2009).

Sendo assim, envergonham-se com a doença e afastam-se do tratamento (Rossetti & Santos, 2006).

Contudo, quando entram em tratamento, inicialmente as mulheres aceitam os limites e as normas. Porém, posteriormente, apresentam complicações para se manterem no cumprimento, reagindo negativamente à directiva, mostrando maior dificuldade frente à norma comparativamente aos homens. Desta forma, necessitam de mais explicações para aceitar as normas e de mais fundamentos para compreender o sentido das mesmas (Santamaria & Aljama, 2004).

De uma forma geral, nota-se alguma predominância da faixa etária dos 21 aos 40 anos (Batista *et al.*, 2012; Capistrano, Silva, Ferreira, Alves & Kalinke, 2013), numa média de idade de 30 anos, que oscila entre os 18 e os 49 anos (Montalvo *et al.*, 2004; Guimarães *et al.*, 2008; Seabra *et al.*, 2010; Peixoto *et al.*, 2010; Capistrano *et al.*, 2013), sendo os indivíduos solteiros os mais afectados (Melús & Gutiérrez, 1996; David *et al.*, 1997; Arnau, 1998; Diez *et al.*, 2000; Guimarães *et al.*, 2008; Monteiro *et al.*, 2011; Castro *et al.*, 2012).

A dependência de substâncias psicoactivas interfere na capacidade de ser mãe ou de ser pai, sendo que a problemática do comportamento dependente de substâncias psicoactivas e dificulta a função parental, afectando o desenvolvimento saudável dos filhos, que ficam mais vulneráveis ao comprometimento do seu desenvolvimento normal (Muchata & Martins, 2010). Uma percentagem considerável dos dependentes de substâncias psicoactivas não têm filhos (Roig, 1996; Melús & Gutiérrez, 1996; Arnau, 1998; Diez *et al.*, 2000; Seabra *et al.*, 2010; Batista *et al.*, 2012), mas a presença de filhos foi predominante em 66,2% dos casos (Capistrano *et al.*, 2013), verificando-se que tais pais centram-se menos nas crianças e mais em si próprios, têm dificuldade no controlo das emoções, são menos sensíveis, responsáveis e afectuosos, são mais negligentes com as necessidades físicas dos seus filhos e muitas vezes criam-se situações em que a criança fica separada de um dos pais ou de ambos (Muchata & Martins, 2010), pois os usuários de drogas não seguram uma família ou nunca compuseram uma e quando a compõem, manifestam dificuldade em mantê-la, já que em vez de se relacionarem com pessoas, acabam por fazê-lo com a substância de consumo exageradamente (Schenker & Minayo, 2003).

Uma boa parte dos dependentes químicos coabitam com pai e irmãos, esposo (a) / companheiro (a) (Seabra *et al.*, 2010) e 87% dos heroinodependentes vivem com os pais (David *et al.*, 1997). Desta forma, a coabitação entre pais e filhos pode constituir um factor protector no uso de substâncias psicoactivas, pois os pais que não as usam, de forma não abusiva, contribuem do mesmo modo para que os filhos não o façam. (Horta & Pinheiro, 2006).

Há certa predominância do dependente químico, nos centros de tratamento, habilitado com ensino básico (David *et al.*, 1997; Martins, Santos & Pillon, 2008; Seabra *et al.*, 2010; Batista *et al.*, 2012; Capistrano *et al.*, 2013), sendo que esta baixa escolaridade entre os dependentes químicos está relacionada ao desenvolvimento da dependência química, que se torna inquietante à medida que o baixo nível de escolaridade origina uma baixa qualificação profissional (Peixoto *et al.*, 2010; Monteiro *et al.*, 2011). Estes indivíduos dependentes químicos encontram-se maioritariamente nas categorias profissionais dos Operários, Condutores e Similares (35%), dos Empregados de Serviços e Vendedores (23%) e dos Trabalhadores não Qualificados (16%) e, naturalmente, promovendo uma baixa expectativa de vida (Peixoto *et al.*, 2010; Monteiro *et al.*, 2011), pois o uso de substâncias psicoactivas prejudica o desempenho de qualquer actividade, sendo que o dependente químico apresenta menor capacidade de julgamento e de compreensão, não assumindo os seus compromissos (Franco, Turchi, Laranjeira & Castelo, 2003).

Grande parte desses indivíduos provém de famílias desestruturadas (Nappo, Galduróz, Raymundo & Carlini, 2003), maioritariamente solteiros, 77% (Diez *et al.*, 2000) e 79,2% (Goñi *et al.*, 2008). Desta forma, a tendência do consumo de drogas por esses indivíduos é para aumentar, pois constatou-se um acréscimo de 14,35% (43,50% para 50,79%) no período de 2000 a 2009, no percentual de usuários solteiros (Batista *et al.*, 2012).

Verifica-se, nos centros de recuperação, entre os dependentes de substâncias psicoactivas, que a taxa de desemprego é considerável (David *et al.*, 1997; Guimarães *et al.*, 2008; Seabra *et al.*, 2010; Batista *et al.*, 2012; Castro *et al.*, 2012; Capistrano *et al.*, 2013), pois a degradação progressiva do usuário nos aspectos biopsicossociais, na dependência química, acarreta-lhes dificuldade, acentuando o preconceito com que se deparam relativamente às oportunidades para o trabalho ou para a permanência neste

(Souza, Kantorski & Mielke, 2006). A estabilidade profissional do sujeito e o nível profissional superior (Washton, Potash & Gold, 1984) são preditores de boa resposta ao tratamento (Brewer, Catalano, Haggerty, Gayney & Fleiming, 1998) e, segundo Nappo *et al.* (2003), tais usuários têm um perfil jovem, desempregado, com baixa escolaridade, pouco poder aquisitivo e são provenientes de famílias desestruturadas.

O primeiro contacto com as substâncias psicoactivas pode ocorrer em qualquer idade, embora seja mais frequente na adolescência (Diez *et al* 2000; Montalvo *et al*, 2004; Almeida, Ferreira, Gomes, Silva & Santos, 2007; Cavalcante, Alves & Barroso, 2008). Na verdade, cada vez mais o consumo de substâncias psicoactivas ocorre mais precocemente, sendo a idade de uso inicial dessas substâncias, em torno dos 10 anos (Pereira, Souza, Buaiz & Siqueira, 2008; Batista *et al*, 2012), apesar de poder ocorrer mais precocemente, aos quatro anos, particularmente o álcool (Portugal *et al.*, 2010), se bem que a canabinóides costume ser a droga de início de consumo (David *et al*, 1997), e a mais consumida entre as substâncias psicoactivas ilícitas (Monteiro *et al.*, 2011, Silva, Malbergier, Stempliuk & Andrade, 2006). Apesar do consumo prematuro dos canabinóides, é a idade de início de consumo da heroína que possui alguma capacidade preditiva no desfecho final do tratamento (Villa & Benavente, 2000). Cerca de 14% dos entrevistados começaram a consumir a droga de início entre os oito e os 12 anos de idade, sendo que essa média de idade foi de 15,7 anos, ligeiramente inferior à média da idade de iniciação da droga de abuso principal, que se situou à volta dos 19 anos (Negreiros, 2002).

A não adesão ao tratamento constitui uma das principais causas de insucesso terapêutico, problema com o qual todos os profissionais de saúde se deparam (Villa & Hermida, 2000; Negrete *et al.*, 2010), independentemente do tipo de paciente, tendo o abandono precoce do tratamento como uma das formas de não adesão, particularmente no âmbito das dependências de substâncias psicoactivas, onde a sua taxa é elevada (Villa & Hermida, 2000; Laredo, Orejudo & Carrobles, 2005).

Outros factores identificados, por diversos e distintos pesquisadores, como facilitadores da adesão ao tratamento são: modalidade de tratamento psicossocial (Foote *et al.*, 1994; Hoffman *et al.*, 1994), tratamentos anteriores (Carlson *et al.*, 2010), conceitos dos pacientes em relação ao seu próprio problema (Orford & Keddie, 1986), efeito da expectativa em relação ao tratamento (Roffman, 1993; Copeland & Hall, 1992)

e a prontidão para o mesmo (Hser *et al.*, 2004). Determinadas estratégias podem aumentar a retenção e a eficácia do tratamento (Altemar *et al.*, 2000; Lacks & Quaglia, 2006), embora a gravidade da dependência se afigure como um factor de comprometimento do sucesso terapêutico (Altemar *et al.*, 2000).

Neste sentido, processos relevantes para a conclusão dos tratamentos têm sido evidenciados por vários estudos, como a adesão e o envolvimento nestes. Veremos, seguidamente, que essas pesquisas têm identificado um conjunto de factores influentes nos processos mencionados e, seguindo como referência os seus resultados, norteia o desenvolvimento de operações específicas no intuito de incrementar o termo dos programas de tratamento.

2.8.4. Factores que dificultam a adesão e o envolvimento em programas de tratamento e sua conclusão

A ausência de suporte familiar ou social dificulta a adesão ao tratamento (O'Brien & McLellan, 1996). Por conseguinte, deve-se dar atenção aos conflitos relacionados com a aceitação da dependência de drogas como um problema, trabalhar a resistência do paciente e ajudá-lo a reconhecer a sua doença e a necessidade de se entregar ao tratamento (Frances, Franklin & Borg, 1997, citados por Janeiro, 2007).

A existência de problemas psicopatológicos, em geral, independentemente daqueles especificamente decorrentes do uso de substâncias psicoactivas, é amplamente reconhecida pelos profissionais integrantes das equipas de tratamento, como factores que dificultam o processo de tratamento dos toxicodependentes (Santos, Calado, Coxo, Trindade & Parente, 2011) e o prognóstico torna-se mais reservado quando se trata de um poliusuário que apresenta alguma comorbidade (Galaif, 1999).

Neste sentido, o consumo de mais de uma droga é um dos principais factores contribuintes para dificultar o tratamento da dependência de droga. Em geral, supõe-se que os usuários, que consomem vários tipos de drogas, apresentam uma maior dificuldade na manutenção do tratamento até ao final do programa do que aqueles que usam apenas um só tipo de droga. É nesta perspectiva que o uso de múltiplas substâncias é uma das limitações do tratamento da dependência de drogas (Jesus &

Rezende, 2008) e tem pior prognóstico quando comparado a monousuários (Diehl, Cordeiro & Laranjeira, 2010).

As recaídas, o pouco envolvimento no âmbito escolar e no trabalho, o lazer insatisfatório, a dependência de múltiplas drogas e as alterações de comportamento são factores que, de acordo com alguns autores, reduzem a efectividade de um tratamento (Fleisch, 1991) e os indivíduos que abandonam o tratamento têm uma dependência mais grave que os que o finalizam. Essa gravidade poderia estar associada ao maior número de anos de consumo de drogas e com a maior probabilidade de ser um policonsumidor (Villa & Hermida, 2000).

A não percepção do uso de drogas como um problema a ser tratado representa uma enorme barreira (Vasters & Pilon, 2011), por exemplo, os jovens possuem uma percepção oposta da realidade, no que diz respeito à gravidade do problema envolvendo o uso de drogas (Reale, 2004), já que, neste período da vida, é normal a imaturidade de pensar que tudo está sob o seu controlo e que conseguem deixar de usar as drogas quando o pretenderem (Jatobá *et al.*, 2012).

Ferri *et al.* (1997) observaram que o consumo de cocaína aspirada se manteve constante em serviços especializados e aumentou entre os usuários de *crack*, principalmente, na Cidade de São Paulo, nos três primeiros anos da década de 90, com aumento de procura de tratamento desses usuários, em dois serviços públicos, nos últimos quatro anos. Neste sentido, Duailibi, Ribeiro e Laranjeira (2008) afirmam que tem-se verificado um aumento da procura de usuários de *crack* por tratamento, no início dos anos 90, passando de 50 para 80% entre usuários de drogas ilícitas, em serviços ambulatoriais especializados na cidade de São Paulo, nos cinco anos subsequentes. Velho (2010) assegura que as unidades básicas de saúde são responsáveis pelo encaminhamento de 13,1% dos casos, dos quais 47,4% de usuários de álcool, 44,7% de *crack* e 5,3% de *cannabis* e os que procuraram o tratamento de forma espontânea, próximo de metade (50,8%), eram usuários de *crack*.

Nesta lógica, Dunn e Laranjeira (1999) afirmam que a procura por tratamento aparenta ser mais precoce entre os usuários de *crack*, comparativamente aos de cocaína aspirada. Velho (2010) refere que dos usuários que procuram o tratamento, 54,8% não tinha realizado um tratamento anterior e não existem diferenças significativas entre os géneros, na

proporção do *crack*, pois o uso dessa substância entre as mulheres que procuraram o tratamento corresponde a 54,9% dos casos. Contudo, os usuários de cocaína e *crack* são os que possuem maiores índices de abandono (Duailibi *et al.*, 2008), particularmente os desta última substância (Dunn & Laranjeira, 1999).

Na pesquisa retrospectiva de Silveira (2001), em Curitiba, investigaram-se 682 prontuários de adolescentes na faixa etária dos 10 aos 20 anos, internados por dependência química e registou-se que o *crack* era a segunda substância mais consumida (49%) à frente do álcool (39%) e da cocaína aspirada (29%), somente atrás da *cannabis*, substância que, de forma isolada, dificilmente constitui a razão de internamento. Por sua vez, Mombelli, Marcon e Costa (2010), no estudo transversal retrospectivo realizado na Unidade de Psiquiatria de um hospital geral, localizado na cidade de Cascavel, constataram que as drogas consumidas com maior frequência, nos adolescentes internados para desintoxicação, foram o *crack* (87,6%) e a *cannabis* (85,2%), sendo que 79% dos adolescentes usavam tais drogas de forma concomitante.

Por sua vez, Diez *et al.* (2000), num estudo longitudinal, com uma amostra de 231 sujeitos, observaram que o tipo de droga mais usada foi o tabaco em 96,1% dos casos, seguida da *cannabis*, em 85,7% dos casos, o álcool em 69,3% dos casos, a cocaína em 63,2% dos casos, as anfetaminas em 56,7% dos casos, os alucinógenos em 52,8% dos casos, os psicofármacos em 49,4% dos casos, e que apenas 34,6% usou hipnóticos.

Portugal *et al.* (2010), num estudo descritivo, de carácter retrospectivo, cujo objectivo era descrever o perfil de pacientes atendidos no Programa de Atendimento ao Alcoolista do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, da Universidade Federal do Espírito Santo, portadores de comorbidades, observaram que *cannabis* (67,9%), cocaína (57,1%), *crack* (21,4%) e outras substâncias, tais como rebite e inalantes (14,3%), e também que a idade mínima encontrada foi de 4 anos e a máxima de 40, numa média de idades de 15,91 anos.

Negreiros (2002), num estudo realizado com 176 consumidores problemáticos de drogas, sendo que 38 consumidores problemáticos eram de bairros sociais, 57 num Centro de Apoio a Toxicodependentes e 40 num meio prisional; 38 sujeitos encontravam-se, no momento das entrevistas, em tratamento na Comunidade

Terapêutica do Meilão e nas Comunidades Terapêuticas da Dianova-casa Azul e Casa Grande, verificou que as principais drogas utilizadas pelos entrevistados eram a heroína (30,5%), cocaína/ heroína, em 48,8% dos indivíduos, consumos cumulativos de heroína, cocaína e haxixe (8%). As outras drogas, como as anfetaminas ou o *ecstasy*, eram consumidas por um número muito reduzido de sujeitos. Cerca de 86,7% dos indivíduos entrevistados iniciaram o seu consumo através da *cannabis* e 9% dos sujeitos começaram pela heroína, tendo 91% dos sujeitos a referir heroína como droga de abuso principal, contra os 8% da cocaína.

No estudo de Velho (2010), realizado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, situado na região centro-sul do município de Londrina, com residentes que passaram pela triagem entre Julho e Dezembro de 2008, este constatou que a substância manifesta, ou seja, a substância que levou o indivíduo a procurar o tratamento *crack* representou 44,4% dos indivíduos, seguido por *cannabis* (5,8%), cocaína aspirada (3,1%), ansiolíticos (0,4%) e solvente (0,2%).

Os resultados de vários estudos aparentam sugerir que os indivíduos que não concluíram o programa de tratamento têm uma adição mais severa do que os que permanecem e concluem o programa de tratamento. Assim, os dados da severidade da dependência indicam um mau prognóstico (Brewel & Streel, 2003). Essa severidade aditiva torna-se operacional, levando em conta as várias psicopatologias associadas: ser policonsumidor e o número de anos consumindo substâncias psicoactivas (Villa & Hermida, 2000). O consumo de cocaína, entre dependentes de opiáceos é elevado (Darke & Hall, 1995, Leri, Bruneau & Stewart, 2003) e influencia negativamente (Nurco, 1998, citado por EMCDDA, 2012) o abandono precoce do tratamento (Hervás *et al.*, 2010), com maior proporção de psicopatologia e de VIH (Torrens, San, Peri & Olle, 1991).

Tanto os pesquisadores Fishman, Reynolds e Riedel, (1999), como Veach, Remley, Kippers e Sorg (2000) relatam que as taxas de abandono nos dependentes da cocaína são superiores às de outras substâncias. Nessa lógica, de acordo com Negrete *et al.* (2010), um indivíduo consumidor de *crack* ou de cocaína apresenta mais elevadas taxas de interrupção de tratamento, comparativamente às outras substâncias psicoactivas, não obstante os achados de Goñi *et al.* (2008) que evidenciaram que os dependentes da heroína são os que mais abandonam o tratamento.

2.9. Programa Terapêutico

Grande parte das informações aqui apresentadas originou-se da consulta do *site* da Comissão de Coordenação de Combate à Droga (<http://www.cccd.cv>), instituição que tutela a Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, o que fundamenta a escassez das referências teóricas que se verifica neste ponto.

Existem diferentes métodos de tratamento para dependência de substâncias psicoactivas, cada qual com a sua especificidade. Estudos sobre adolescência e uso indevido de drogas (Ozechowski & Liddle, 2000; Meyers, Apodaca, Flicker, Sharon & Slesnick, 2002; Muck, Schwebel, Titus, Fishman, Godley & Zempolich, 2001; Jaffe, 2002) apresentam diversas formas de tratamento e, seguidamente, mencionam-se as principais: Terapia Comportamental, Terapia Cognitiva Comportamental, Terapia Motivacional, Intervenções Farmacológicas, Terapia dos 12 Passos-Modelo Minnesota, Abordagem da Comunidade Terapêutica, Intervenções Multi- Sistémicas e Baseadas na Família. No que se refere ao modelo de análise:

Existem quatro modelos de análise da dependência de drogas, sustentados em diferentes raízes teórico-epistemológicas, as quais se desenvolvem em diferentes aspectos metodológicos de intervenção, que são: o modelo jurídico-moral, o biomédico, o psicossocial e o sociocultural. Cada um destes assenta em concepções próprias, relativamente à problemática relacionada ao uso de substâncias psicoactivas, as suas complicações e desenvolvimentos, as possibilidades da atenção ao problema e as suas técnicas de intervenção (Rezende, 2000, como citado em Schneider & Lima, 2011).

Por exemplo, Milby (1988) refere que as abordagens socioculturais abarcam as metodologias seguidas pelas Comunidades Terapêuticas e os Grupos de Narcóticos Anónimos. No entanto, há que realçar o facto de que não existe um único modelo de tratamento, a melhor via passa pela combinação dos modelos, tendo como referência as necessidades do paciente (*National Institute on Drug Abuse* [NIDA], 2009).

A dependência de substâncias psicoactivas é uma doença crónica que afecta o indivíduo na sua globalidade e na sua relação interpessoal. A deterioração da sua saúde física, mental e espiritual acompanha a progressão da sua doença.

Para o dependente de substâncias psicoactivas, a dificuldade de viver sem recorrer às drogas é uma situação apavorante e aumenta a sua insegurança interior, o que o torna uma pessoa extremamente frágil e dependente das coisas extrínsecas e das pessoas, exigindo delas uns suportes em condições de os garantir. A sua insatisfação aumenta e, para colmatá-la, incrementa o uso de drogas, fazendo com que ele perca o controlo da sua vida, tornando-se impotente perante as substâncias psicoactivas.

Faz-se necessária uma abordagem multidisciplinar com envolvimento dos profissionais das ciências médicas, comportamental e social, sem deixar de lado os conhecimentos espirituais e filosóficos. Esta condição impõe-se pelo carácter crónico da doença, que até ao momento, não tem um tratamento específico que, por si só, consiga subsidiar todos esses requisitos essenciais para a recuperação.

É neste sentido que a Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe se afigura como um local de internamento com a duração normal de nove meses, seguindo o Modelo Minnesota, com inclusão de alguns aspectos do Modelo Hierárquico, para melhor adaptação à realidade cabo-verdiana. Conta com uma equipa multidisciplinar, constituída pelos enfermeiros, psicólogos, médico e conselheiro, que tratam e reinserem socialmente os indivíduos que, aliás, constituem um dos objectivos fundamentais deste centro, além de fornecer as directrizes de como viver saudavelmente, tornando as pessoas mais autónomas, auto-suficientes e, fundamentalmente, responsáveis, com maior capacidade de decisão, assente em liberdade.

Capítulo III: Metodologia

3.1. Tipo de estudo

Esta pesquisa caracteriza-se como um estudo transversal retrospectivo descritivo, quantitativo e analítico, a partir de dados secundários que se encontram nos processos clínicos dos residentes que já passaram pela CTGSF. Este estudo correlacional tem por objectivo descrever e analisar a relação entre variáveis seleccionadas. Deste modo, pretende-se estabelecer a relação entre as variáveis sociodemográficas, padrão de uso e comorbidades e as repercussões na conclusão do programa de tratamento. Tripoldi *et al.* (citado em Lakatos & Marconi, 2010, p. 170) consideram os estudos de descrição da população como “estudos descritivos que possuem, como função primordial, a exacta descrição de certas características de uma população como um todo, organizações ou outras colectividades específicas”. Gil (2008) complementa, referindo que certas investigações descritivas se aproximam das explicativas, pois ultrapassam a identificação básica da existência entre variáveis, visando determinar a essência dessa relação.

3.2. Local do estudo

A CTGSF foi criada em 06 de Julho de 2005 e recebeu os seus primeiros residentes em 27 de Outubro do mesmo ano. Está localizada nos arredores da Cidade da Praia, em São Filipe, na ilha de Santiago, sendo de fácil acesso aos grupos de auto-ajuda, aos familiares dos residentes e aos profissionais que visitam as instalações. A CTGSF é bem iluminada, possui uma cozinha bem equipada, dormitórios confortáveis e modernos, uma unidade médica e de enfermagem, uma fábrica de desidratação de bananas, um pavilhão/oficina para artes decorativas, terrenos para cultivo de árvores de fruto e horticultura, campo desportivo e ginásio. Ainda há várias salas para terapias de grupo, salas de reuniões, salas de leitura, salas para pessoal técnico, salas para terapias individuais e sala para a administração.

A CTGSF tem capacidade para acolher 38 residentes, sendo 28 do género masculino e 10 do género feminino, para tratamento com duração prevista de nove meses.

Quanto aos recursos humanos, actualmente, a CTGSF conta com um Director, uma Administradora, um Assistente Administrativo, três Seguranças, três Cozinheiras, dois Ajudantes de Serviços Gerais, um Conselheiro, quatro Psicólogos, quatro Enfermeiros, um Médico e um Condutor.

3.3. Local do estudo: descrição do modelo terapêutico e filosofia intrínseca ao programa de tratamento.

A CTGSF emprega uma abordagem com foco no indivíduo, caracterizada pelo humanismo, pelo holismo e pela flexibilidade, já que trata o dependente de substâncias psicoactivas com dignidade, respeito ao seu corpo, à sua mente e ao seu espírito. Silva e Ciampone (2003) consideram o ser humano uma unidade complexa, a um só instante, física, biológica, psíquica, cultural, social e histórica. Um dos fundamentos principais da CTGSF corresponde à espiritualidade, na qual se apoia; ela pauta-se pela crença em um Poder Superior, na forma como os residentes o concebem. Neste sentido, supõe que a apresentação dos pressupostos terapêuticos do programa, recorrendo à vertente espiritual que o subsidia, pode ser influente na resposta ao programa de tratamento dos seus utentes.

O programa de recuperação da CTGSF desenvolve-se numa perspectiva da vida, com uma base espiritual não religiosa, na qual o “Poder superior” é essencial para o tratamento do dependente, assim como em outras áreas da sua vida. A crença num “Poder Superior”, na forma como o residente o concebe, é de capital importância, pois ajuda o indivíduo na gestão dos estados emocionais, das situações de riscos e de estresse e é essencial para o seu envolvimento com o programa terapêutico, a sua manutenção e a sua recuperação da dependência de substâncias psicoactivas.

Com o intuito de ajudar os indivíduos na sua recuperação, torna-se necessário motivá-los a descobrir os seus interesses e habilidades, a fim de promover uma ruptura completa com o seu estilo de vida anterior. Esse rompimento é facilitado pelo internamento, durante o qual o indivíduo, depois de já ter sido submetido a uma desabitação física ou a uma desintoxicação prévia, realizada em diversas estruturas de saúde, é trabalhado no sentido de viver de acordo com o programa de tratamento do centro terapêutico.

A filosofia desenvolvida, especificamente, na CTGSF tem como objectivos gerais: tratar a dependência psicológica; promover uma maior autonomia e responsabilidade; restabelecer a capacidade de desenvolver relações saudáveis; reinserção/inserção social. Ou seja, a CTGSF ajuda os seus residentes a alcançarem um equilíbrio biopsicossocial emocional e espiritual. Espera-se que, no final do internamento e a partir da reestruturação da sua personalidade, os indivíduos reaprendam e reencontrem o prazer de viver, sem recorrer ao uso de substâncias psicoactivas.

O tratamento tem a duração média de nove meses e divide-se em três fases, cada uma dessas fases tem o seu objectivo específico.

Como objectivo específico da **primeira fase**, procura-se que o indivíduo tenha uma separação/luto da droga e do estilo de vida anterior, que se integre ao grupo e às regras da CT. Na **segunda fase**, trabalha-se com o intuito de que o indivíduo tenha conhecimento de si próprio, aumente a sua responsabilidade e adquira novas atitudes, capacidades e relações. A **terceira fase** baseia-se sobretudo na reparação de atitudes e de comportamentos do passado, iniciando um projecto pessoal, elaborando a sua separação da CTGSF e inicie a vida fora da CT: emprego, estudo e procura de habitação.

Alguns marcos conceptuais históricos que acompanham o trabalho da CTGSF são passados em revista a seguir:

No decorrer dos anos 50, nos Estados Unidos, mais concretamente no Estado de Minnesota, o psiquiatra Robert Smith e o psicólogo Bill Wilson (alcoólico), por entenderem que a abordagem da doença do alcoolismo deveria ser radicalmente diferente do que propunha a tradição psiquiátrica, desenvolveram um programa que se baseava nos 12 passos dos Alcoólicos/Narcóticos Anónimos (AA/NA), sendo orientado por conselheiros (alcoólicos recuperados) que, posteriormente, veio a ser internacionalmente conhecido como o Modelo Minnesota, de carácter humanista, cujo objectivo era a abstinência total do consumo de substâncias psicoactivas.

Em 1953, a Associação Norte-Americana de Psiquiatria reconheceu essa doença como uma doença primária, crónica, progressiva e fatal; não tem cura mas pode ser

tratada. Não tratada, e se a progressão não for interrompida, pode assumir uma grave dimensão biopsicossocial e espiritual, com a particularidade de atingir a família na sua integridade e ser a causa de inúmeros óbitos.

O objectivo deste modelo é de ensinar, tanto o dependente de substâncias psicoactivas como a sua família, a mudar de atitudes e comportamentos por meio de um método de trabalho, que se baseia num conjunto de actividades psicoterapêuticas que a seguir se descrevem.

3.4. Principais Actividades Psicoterapêuticas

A ocorrência de mudanças do indivíduo no domínio comportamental, emocional, afectivo, cognitivo e espiritual são os objectivos propostos no tratamento, pelo que as actividades ajudam a atingir esses objectivos. A finalidade das mesmas é levar o residente à ressocialização e à ruptura com o anterior estilo de vida, por meio de novas aprendizagens.

Destaca-se um conjunto de actividades terapêuticas, sendo a maior parte de grupo, permitindo aos residentes a identificação com o outro, a se ajudarem mutuamente e a se sentirem capazes de se tratarem, a saber:

Meditação - é o primeiro grupo terapêutico realizado diariamente e coordenado pelo residente responsável pelo grupo. Constitui um momento de introspecção e reflexão, baseado num texto do livro "Só por hoje" dos Narcóticos Anónimos (2000), no qual se fala sobre sentimentos e pensamentos desencadeados pelo mesmo.

Atendimento Individual - é um momento em que se estabelece a relação terapeuta-paciente e a ajuda no restabelecimento e na reconstrução da confiança prejudicada pela dependência. É uma oportunidade que o residente tem para expor os seus problemas específicos e mais íntimos, que não sente confiança em levar para o grupo, no qual, de forma mais profunda, se procuram encontrar estratégias e formas de os superar.

Grupo de Terapia - é um espaço de encontros, nos quais, sob a orientação e coordenação de um conselheiro terapeuta ou psicólogo terapeuta, os residentes se sentem acolhidos entre os colegas, através da partilha dos seus sentimentos. Trabalha-se

a necessidade de abstinência e recebe-se ajuda, que vai ao encontro daquilo que o residente precisa.

Grupo de Danos e Impotência - grupo facilitado por um conselheiro terapeuta ou psicólogo terapeuta, no qual se partilham danos específicos causados a si e aos outros, referindo-se ao lugar em que ocorreram e os sentimentos predominantes, tanto no momento da ocorrência como no instante da partilha. Segue-se a entreajuda, que facilita a quebra da negação.

Grupo de Desgovernos e Desonestidades - grupo directivo e de confrontação, realizado todas as segundas-feiras, que leva o residente a responsabilizar-se pelos seus actos, praticar honestidade e facultar mudanças de atitudes e comportamentos (melhorar os defeitos de carácter, a linguagem, a higiene pessoal, a pontualidade, entre outros).

Grupo de Mudanças de Objectivos - grupo realizado a cada duas semanas, no qual se faz o balanço e a avaliação de cada elemento do grupo e do grupo como um todo. Cada residente aponta os aspectos positivos e negativos e propõe mudanças a serem postas em prática durante as duas semanas seguintes.

Actividades Orientadas e Diversas - São actividades voltadas para a cooperação, trabalho em equipa que os ajuda a desenvolver algumas habilidades de desconstracção e de socialização. Com isso, pretende-se ajudar os residentes a tomar consciência de que é possível viverem e divertirem-se, sem terem que recorrer ao uso de quaisquer substâncias psicoactivas. Dentre essas actividades destacam-se: pintura, desenho, culinária, horticultura, informática, reciclagem, jogos, filmes, passeios, etc.

Grupo de Preparação de Fim-de-Semana - grupo de orientação para a gestão do fim-de-semana, não só para os residentes que saem de licença de fim-de-semana, como também para os que permanecem no centro, tendo em conta a ausência da maioria dos técnicos.

Grupos de Sentimento - grupo facilitado pelos enfermeiros, todos os domingos à tarde. Os residentes identificam os sentimentos predominantes durante a semana, sentem-se compreendidos e recebem ajuda na gestão desses sentimentos.

Grupo Tópico - grupo de leitura e discussão de textos sobre tópicos específicos, escolhidos pela equipa técnica, mediante as dificuldades actuais do grupo, com o objectivo de as ultrapassar.

Mini Grupos e Grupo de Tarefas - leitura de trabalhos específicos, promovendo a ajuda mútua entre os membros e procurando uma certa autonomia para dialogar e confrontar diversas situações-problema.

Grupo de Encontro - grupo seguro, honesto, frontal e confidencial, facilitado semanalmente por um psicólogo terapeuta ou conselheiro terapeuta, no qual um residente confronta o outro pela sua má atitude e comportamento no tratamento, no intuito de o ajudar.

Palestras - Espaço dinâmico, aberto e participativo com técnicos da CTGSF ou de outras instituições, em que se debatem não só temas relacionados às dependências de substâncias psicoactivas como também temas ligados ao quotidiano.

Partilha Maravilha e Despertar Espiritual - espaço em que o residente tem oportunidade de sair de si mesmo e mudar o seu relacionamento com o outro, de respeitar as diferenças individuais, cultivar a fé de encontrar o bem-estar e a paz interior e reforçar a sua relação com o seu poder superior. É realizada todos os sábados à tarde por ex-residentes, que estão em recuperação, membros das igrejas, entre outros.

Terapia Familiar - realizada normalmente por ocasião da saída de fim-de-semana do residente, na qual o psicólogo terapeuta conselheiro orienta a família sobre o que é a doença de dependência de substâncias psicoactivas e como ajudar o seu familiar. A família passa a entender o comportamento e os sintomas manifestados pelo dependente de substâncias psicoactivas e que não é a causa dessa doença crónica. É, ainda, um espaço aproveitado para a confrontação de problemas entre família e dependente, vivenciados anteriormente à entrada na CT.

3.5. Fonte de dados e Sujeitos

Os arquivos dos pacientes admitidos à CTGSF entre 01 de Janeiro de 2006 e 31 de Dezembro de 2010 constituíram a principal fonte de dados deste estudo. A escolha desse material deve-se ao facto de ser o melhor mecanismo à disposição do investigador

para a investigação, dado que cada paciente que inicia o tratamento na CTGSF gera um arquivo, que contém quase todas as informações a seu respeito.

O arquivo da CTGSF está organizado por ordem alfabética da saída dos pacientes. Dentro dessas pastas encontram-se, além da ficha de encaminhamento com a maioria de informações dos pacientes, o registo do processo clínico, a ficha de trabalho do residente, a ficha de admissão, o contrato de internamento e a ficha informativa sobre as drogas e os trabalhos terapêuticos.

Para esta pesquisa, incluíram-se apenas os registos com fichas de encaminhamento completo, uma vez que os dados de interesse destinados a esta pesquisa encontram-se maioritariamente nesse documento. Excluídos ficaram todos os registos que, apesar de englobando os documentos para a inclusão, não continham a maior parte da informação de interesse para a pesquisa. Tampouco as readmissões foram incluídas no estudo.

Para o estudo, foram considerados 230 registos, dos quais 215 foram utilizados e 5 foram excluídos devido à falta de ficha de encaminhamento (03 registos) e processo incompleto (02 registos). Havia ainda outros 10 registos correspondentes a readmissões, que não foram incluídos no estudo.

Portanto, trata-se da utilização de todo o universo de sujeitos que foram admitidos à CTGSF no período mencionado, e não apenas de uma amostra.

3.6. Definição e operacionalização das variáveis em estudo

As seguintes características sócio-demográficas, foram consideradas para o presente estudo: género, idade, escolaridade, filhos, profissão, ocupação, estado civil e tipo de coabitação. Também foram analisadas as seguintes características de padrão de uso: idade de início do uso de drogas, primeira droga consumida, tipos de drogas que já usou, droga que levou a procurar o tratamento, tempo de consumo, tratamentos anteriores, tempo de permanência no programa de tratamento e resposta ao mesmo.

Finalmente, averiguaram-se as comorbidades associadas à dependência de substâncias psicoactivas

3.7. Variável Dependente

Neste estudo considera-se como variável dependente a "não conclusão do programa de tratamento".

3.8. Variáveis Independentes

São consideradas, no âmbito deste estudo, as seguintes variáveis independentes, codificadas pelo autor da seguinte maneira:

Género: Observado como uma variável qualitativa (com duas categorias):

1. Masculino; 2. Feminino.

Idade: Observado como uma variável quantitativa discreta, representando anos completos, podendo variar de 18 a 48.

Estado civil: Variável qualitativa (com três modalidades):

1. Divorciados ou separados; 2. casados ou vivendo em união de facto; 3. Solteiros.

Ocupação e situação laboral: Variável qualitativa com duas modalidades:

1. Empregados; 2. Desempregados.

Filhos: Observado como uma variável qualitativa (com duas modalidades):

1. Sim; 2. Não.

Tratamentos anteriores: Variável qualitativa com duas modalidades:

1. Sim; 2. Não.

Tempo de permanência: Variável quantitativa discreta, derivada a partir da data do internamento e da data da alta, medida em dias.

Idade de início do uso de drogas: Variável quantitativa discreta, representando anos completos, variando de 9 a 38.

Primeira droga consumida: Variável qualitativa com dez modalidades de tipos de drogas:

1. Álcool; 2. Opiáceos; 3. Canabinóides; 4. Sedativos e hipnóticos; 5. Cocaína; 6. Outros estimulantes (inclui anfetamina e cafeína); 7. Alucinógenos; 8. Tabaco; 9. Solventes voláteis; 10. Múltiplas drogas e outras substâncias.

Tipos de drogas que já usou: Variável qualitativa com dez modalidades de tipos de drogas:

1. Álcool; 2. Opiáceos; 3. Canabinóides; 4. Sedativos e hipnóticos; 5. Cocaína; 6. Outros estimulantes (inclui anfetamina e cafeína); 7. Alucinógenos; 8. Tabaco; 9. Solventes voláteis; 10. Múltiplas drogas e outras substâncias.

Tempo de consumo: Variável quantitativa discreta, que indica os anos de consumo de cada tipo de droga:

1. Álcool; 2. Opiáceos; 3. Canabinóides; 4. Sedativos e hipnóticos; 5. Cocaína; 6. Outros estimulantes (inclui anfetamina e cafeína); 7. Alucinógenos; 8. Tabaco; 9. Solventes voláteis; 10. Múltiplas drogas e outras substâncias.

Droga que levou a procurar o tratamento: Variável qualitativa com dez modalidades de tipos de drogas:

1. Álcool; 2. Opiáceos; 3. Canabinóides; 4. Sedativos e hipnóticos; 5. Cocaína; 6. Outros estimulantes (inclui anfetamina e cafeína); 7. Alucinógenos; 8. Tabaco; 9. Solventes voláteis; 10. Múltiplas drogas e outras substâncias.

Comorbidades: Variável qualitativa (com onze modalidades):

1. Doenças da cavidade oral, das glândulas salivares e dos maxilares 2. Doenças do aparelho digestivo; 3. Doenças do ouvido, nariz, faringe e laringe 4. Doenças do aparelho respiratório; 5. Doenças do aparelho genito-urinário 6. Doenças infecciosas e parasitárias; 7. Transtornos mentais e comportamentais; 8. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo 9. Doenças da pele e do tecido subcutâneo; 10. Doenças do olho e anexos; 11. Outras doenças.

Número de comorbidades: Variável qualitativa com quatro categorias:

1.Sem comorbidades; 2.Uma comorbidade; 3.Duas comorbidades; 4.Três ou mais comorbidades.

Resposta ao programa de tratamento: Variável qualitativa com cinco modalidades:

1.Conclusão; 2. Expulsão; 3. Abandono; 4. Fuga; 5. Óbito.

3.9. Instrumento de colheita de dados.

O Instrumento de colheita de dados utilizado consistiu num formulário de dados biossociodemográficos e de um levantamento de padrão de consumo e de comorbidades, elaborado especificamente para este trabalho, pelo pesquisador, em função do tema em estudo, dos objectivos, da população a que se destina, de forma a serem registadas as informações de interesse. Ele encontra-se no Apêndice I.

As variáveis investigadas incluem os dados biossociodemográficos, para caracterização do universo em género, idade, escolaridade, filhos, profissão, ocupação e situação laboral, estado civil e coabitação.

Relativamente ao padrão de uso, identificou-se idade de início do uso de drogas, primeira droga consumida, tipos de drogas que já usou, tempo de consumo, tratamentos anteriores, tempo de permanência na CTGSF e resposta ao programa de tratamento; quanto às características clínicas, foram analisadas as comorbidades.

Os dados foram coligidos a partir dos processos clínicos dos ex-residentes. O próprio pesquisador colheu esses dados, o que foi facilitado pelo facto do mesmo trabalhar na referida instituição. Os dados foram registados e identificados por códigos numéricos, primeiramente em papel e depois passados para um banco de dados computadorizado (folha de Excel).

3.10. Processamento de dados

A partir das planilhas Excel, os dados foram organizados no programa *Microsoft Office Excel 2007 for Windows* e, posteriormente, trabalhados no SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 19.0 para *Windows*. No que diz respeito às variáveis contínuas, foram analisadas as médias e os desvios padrão. Medidas de frequências relativas e absolutas foram empregues para as variáveis categóricas, com o objectivo de

verificar a variabilidade e a intensidade do fenómeno em estudo. O nível de significância adoptado para o modelo final foi de 5%.

Durante as análises das frequências, verificou-se que certas categorias apresentavam algumas semelhanças entre elas, nomeadamente frequências e percentagens baixas, pelo que se optou por agrupar algumas delas, a saber: sem escolaridade /ensino básico; ensino técnico/secundário; sem profissão ou profissões elementares; profissão técnica ou superior; múltiplas drogas e outras substâncias; álcool e tabaco; comorbidades clínicas e três ou mais comorbidades.

A análise de regressão logística foi realizada através do programa estatístico SPSS 19.0 com 215 dados e foram seleccionadas as variáveis que poderiam contribuir significativamente para a não conclusão do programa de tratamento de dependência de substâncias psicoactivas.

Valendo-se da Regressão Logística Binária, foram determinadas as variáveis relevantes para explicar a não conclusão do programa de tratamento, no intuito de estabelecer um modelo de auxílio à tomada de decisão.

Para identificar os factores associados à não conclusão do programa de tratamento em residentes da CTGSF, por meio da análise de regressão, o ponto de partida para o ajuste do modelo foi a pré-selecção das variáveis predictoras. Assim sendo, considerando como critério o valor de $p < 0,05$, por meio da regressão logística simples, cada uma das 12 variáveis independentes foi testada em relação à variável dependente para a não conclusão do programa de tratamento.

3.11. Procedimentos formais ético-legais em pesquisa com seres humanos

Para se poder realizar essa colheita de dados dos processos clínicos dos indivíduos que constituíram o nosso universo, foi necessário obter, inicialmente, uma autorização da CTGSF. Uma vez obtida a autorização e, ao abrigo do artigo nº 11 do Decreto - Lei nº 26/2007, o Comité Nacional de Ética em Pesquisa para Saúde, na sua 31ª Reunião Ordinária, de 14 de Agosto de 2012, aprovou e deu o seu parecer final favorável ao estudo, por preencher os requisitos ético-legais.

Capítulo IV: Resultados

4.1. Resultados

Entre os anos 2006 e 2010, houve 230 admissões na CTGSF, para tratamento de dependência de substâncias psicoactivas; no total, porém, como 10 sujeitos foram readmitidos, tivemos um total de 220 sujeitos. Foram excluídos do estudo os prontuários de 05 sujeitos (2,3%): 03 devido à falta de ficha de encaminhamento (1,4%) e 02 por prontuário incompleto (0,9%). A idade dos sujeitos variou dos 18 aos 48 anos; a média foi de 30,25 anos, com desvio padrão de $\pm 6,36$ e mediana de 29 anos. As demais características sociodemográficas estão apresentadas na Tabela 1. Os dados de todas as tabelas, foram elaborados pelo autor, a partir dos processos clínicos dos residentes.

4.2. Análise descritiva das variáveis

4.2.1. Características sociodemográficas

Tabela 1: Frequência e percentagem dos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, segundo as características sociodemográficas, Cabo Verde, 2006 – 2010.

	Características sociodemográficas	N	%
Género	Masculino	191	89
	Feminino	24	11
	Total	215	100
Escolaridade	Ensino Secundário	131	60,9
	Ensino Básico	66	30,7
	Ensino Técnico	9	4,2
	Ensino Superior	7	3,3
	Sem Escolaridade	2	0,9
	Total	215	100
Ocupação e situação laboral	Desempregado	165	76,7
	Empregado	50	23,3
	Total	215	100

Estado Civil	Solteiro	202	94
	Casado ou união de facto	9	4,2
	Separado ou divorciado	4	1,8
	Total	215	100
Tipo de coabitação	Pai/Mãe/Ambos	72	33,5
	Outros parentes	63	29,3
	Outros	23	13,9
	Só	27	12,6
	Cônjuge/Companheiro	23	10,7
	Total	215	100
Filhos	Sim	122	56,7
	Não	93	43,3
	Total	215	100

Profissão	N	%
Profissões Elementares	82	38,1
Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices	53	24,7
Pessoal de Serviços, Pessoais de Proteção e Segurança e Vendedores	29	13,5
Especialistas das Actividades Intelectuais e Científicas	15	7,0
Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	12	5,6
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura, da Pesca e da Floresta	8	3,7
Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	7	3,2
Representante dos Poderes Legislativo e Executivo, Diretores e Gestores Executivos	4	1,9
Pessoal Administrativo	3	1,4
Profissões Especificamente Militares	2	0,9
Total	215	100

Fonte: elaboração do autor a partir dos processos clínicos dos residentes

Há um claro predomínio da frequência de homens (89%) sobre as mulheres (11%).

No que respeita ao estado civil, observou-se que 94% dos participantes eram solteiros, 4,2% eram casados ou viviam em união de facto e 1,9% eram divorciados ou separados. Apesar de a maioria ser solteira, 57% dos participantes tinham filhos.

⁵ Outros parentes : irmãos, avós e tios.

⁶ Outros : amigos, vizinhos e na rua.

Relativamente à coabitação, cerca de um terço dos participantes (33,5%) vivia com pelo menos um dos pais, 29,3% viviam com outros parentes, 13,9% viviam com pessoas sem relação de parentesco, 12,6% viviam sozinhos e 10,7% coabitavam com cônjuge/companheiro.

Quanto ao grau de escolaridade, a maioria (60,9%) possuía o ensino secundário e menos de 1% (0,9%) não tinha nenhuma escolaridade. Quanto à ocupação e à situação laboral, constatou-se que 76,7 % se encontravam desempregados.

Em relação à profissão, notou-se que a categoria mais representada foi a de profissões elementares (38,1%), seguida de profissões qualificadas da Indústria, Construção e de Artífices (24,7%) e do pessoal de serviços, segurança e vendedores (13,5%); nenhuma outra categoria profissional esteve representada por mais de 7% dos sujeitos.

4.2.2. Padrão de consumo de substâncias psicoactivas

Relativamente à idade de início de uso de drogas, verificou-se que variou entre 09 e 38 anos. A média de idade de início de uso de drogas oscilou entre 16,2 anos para canabinóides e 21,6 anos para cocaína. Não houve registo do início de uso de álcool nem de tabaco nos prontuários de nenhum sujeito (Tabela 2).

Tabela 2: Idade (em anos) de início de uso de drogas em Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, por tipo de substância psicoactiva, Cabo Verde, 2006 – 2010.

Tipo de substância psicoactiva	Média	Mínimo	Máximo
Cocaína	21,6	12	38
Múltiplas drogas e outras substâncias	21,5	12	38
Opiáceos	21,2	13	32
Sedativos e hipnóticos	21,00	13	30
Outros estimulantes	20,8	15	28
Alucinógenos	20,4	15	26
Solventes voláteis	20,4	15	26
Canabinóides	16,2	9	32

Fonte: elaboração do autor a partir dos processos clínicos dos residentes

Tabela 3: Frequência e percentagem dos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, conforme a primeira substância psicoactiva consumida, Cabo Verde, 2006 – 2010.

Tipo de substância psicoactiva	N	%
Canabinóides	186	86,5
Cocaína	19	8,8
Múltiplas drogas	9	4,2
Sedativos e hipnóticos	1	0,5
Total	215	100

Fonte: elaboração do autor a partir dos processos clínicos dos residentes

A primeira droga usada foi canabinóides em 86,5% dos casos, seguida da cocaína em 8,8% dos casos e apenas 0,5% usou sedativos e hipnóticos, na primeira vez. Em nenhum caso a primeira substância psicoactiva usada foi álcool, tabaco, opiáceo, solvente volátil, alucinógeno ou outros.

Tabela 4: Frequência e percentagem dos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, segundo tipos de drogas consumidas, Cabo Verde, 2006 – 2010.

Tipos de drogas consumidas	N	%
Cocaína	211	98,1
Canabinóides	196	91,2
Múltiplas drogas	192	89,3
Opiáceos	23	10,7
Outros estimulantes	18	8,4
Sedativos e hipnóticos	10	4,7
Alucinógenos	7	3,3
Solventes voláteis	7	3,3

Fonte: elaboração do autor a partir dos processos clínicos dos residentes

No que respeita ao tipo de drogas consumida, observou-se que 98,1% dos residentes consumiram cocaína, 91,2% usaram canabinóides e 89,3% consumiram múltiplas drogas. Não havia nos prontuários anotações referentes ao uso de álcool nem de tabaco.

Tabela 5: Frequência e percentagem das múltiplas substâncias psicoactivas usadas por residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, Cabo Verde, 2006 – 2010.

Múltiplas drogas	N	%
Canabinóides/Cocaína	156	72,6
Opiáceos/Canabinóides/Cocaína	14	6,5
Canabinóides/Cocaína/Outros estimulantes	4	1,8
Canabinóides/Sedativos e hipnóticos/Cocaína	3	1,3
Opiáceos/Canabinóides/Cocaína/Outros estimulantes	3	1,3
Canabinóides/Cocaína/outros estimulantes/Alucinógenos/Solventes voláteis	2	0,9
Opiáceos/Canabinóides/Sedativos e hipnóticos/Cocaína/Outros estimulantes/Alucinógenos/Solventes voláteis	2	0,9
Canabinóides/Cocaína/outros estimulantes	1	0,5
Canabinóides/Cocaína/Outros estimulantes/Alucinógenos/Solventes voláteis	1	0,5
Canabinóides/Sedativos e hipnóticos/Cocaína/Outros estimulantes	1	0,5
Canabinóides/Sedativos e hipnóticos/Cocaína/Outros estimulantes/Alucinógenos/Solventes voláteis	1	0,5
Opiáceos/Canabinóides/Cocaína/Outros estimulantes/Alucinógenos/Solventes voláteis	1	0,5
Opiáceos/Canabinóides/Sedativos e hipnóticos	1	0,5
Opiáceos/Canabinóides/Sedativos e hipnóticos/Cocaína/Outros estimulantes	1	0,5
Opiáceos/Canabinóides/Sedativos e hipnóticos/Outros estimulantes	1	0,5
Total	192	89,3

Fonte: elaboração do autor a partir dos processos clínicos dos residentes

A combinação de múltiplas substâncias psicoactivas mais encontrada foi a de canabinóides/cocaína, em 72,6% dos residentes.

Tabela 6: Tempo de consumo (em anos) dos residentes da Comunidade Terapêutica, Granja de São Filipe por dependência, Cabo Verde, 2006 – 2010.

Tipo de substância psicoactiva	Média	Mínimo	Máximo
Canabinoides	14,2	2	33
Opióides	12,2	1	28
Sedativos e hipnóticos	10,9	1	23
Alucinógenos	10,9	7	28
Solventes voláteis	10,9	7	28
Outros estimulantes	9,8	3	33
Múltiplas drogas e outras substâncias	8,9	1	28
Cocaína	8,7	1	23

Fonte: elaboração do autor a partir dos processos clínicos dos residentes

Em relação ao tempo de consumo de qualquer substância psicoactiva, observou-se que o tempo mínimo variou de 01 a 07 anos, com o tempo máximo oscilando entre 23 a 33 anos. A média de tempo de consumo variou de 8,7 anos para cocaína a 14,2 anos para canabinóides.

Tabela 7: Frequência e percentagem dos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, por tipo de droga que levou a procurar o tratamento, Cabo Verde, 2006 – 2010.

Tipo de droga que levou a procurar o tratamento	N	%
Cocaína	171	79,5
Múltiplas drogas	35	16,3
Canabinóides	5	2,3
Opiáceos	4	1,9
Total	215	100

Fonte: elaboração do autor a partir dos processos clínicos dos residentes

A maioria (79,5%) dos sujeitos que buscou tratamento na CTGSF alegou ter sido motivada pelas consequências do uso de cocaína, 16,3% indicou múltiplas drogas, 2,3%, canabinóides e menos de 2% (1,9%) procuraram o tratamento pela dependência de opióides.

Tabela 8: Frequência e percentagem dos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, segundo números de drogas consumidas, Cabo Verde, 2006 – 2010.

Número de drogas consumidas	N	%
1	23	10,7
2	156	72,6
3	21	9,8
4	7	3,3
5	4	1,8
6	2	0,9
7	2	0,9
Total	215	100

Fonte: elaboração do autor a partir dos processos clínicos dos residentes

Apenas 23 residentes (menos de 11%) admitiram ter consumido apenas um tipo de droga; todos os demais consumiram dois ou mais tipos diferentes de substâncias psicoactivas.

A maioria dos prontuários (76,75%) não continha informações adequadas relativas ao padrão de uso (quantidade e frequência de uso das drogas). Contudo, dos 23,25% das informações válidas, relativas ao padrão de uso, foi possível verificar que 43,9% dos indivíduos consumiam de 1 a 9 doses de drogas/dia, 17,4% consumiam 10 ou mais doses/dia. Estes 23,25% dos prontuários informavam ainda que 35,6% consumiam drogas diariamente e 3%, semanalmente.

4.2.3. Características clínicas (Comorbidades)

Tabela 9: Frequência e percentagem das comorbidades apresentadas pelos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, Cabo Verde, 2006 – 2010.

Comorbidades	N	%
Transtorno por uso de tabaco	160	74,4
Transtorno por uso de álcool	108	50,2
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	61	28,4
Doenças da cavidade oral, das glândulas salivares e dos maxilares	31	14,4
Doenças do aparelho digestivo	21	9,8
Doenças infecciosas e parasitárias	21	9,8
Doenças do olho e anexos	18	8,4
Transtornos mentais e comportamentais	17	7,9
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	17	7,9
Outras doenças	15	7,0
Doenças do aparelho genito-urinário	11	5,1
Doenças do ouvido, nariz, faringe e laringe	8	3,7
Doenças do aparelho respiratório	4	1,9
Total	492	

Fonte: elaboração do autor a partir dos processos clínicos dos residentes

A percentagem de comorbidades⁷ identificadas ultrapassa 200% porque a maioria dos residentes (69,7%) apresentavam mais de uma delas. A categoria mais representada foi a de transtorno por uso de tabaco (74,4%), seguida de transtorno por consumo de álcool (50,2%) e a menos representada foi a de doenças do aparelho respiratório (1,9%). Os transtornos mentais e comportamentais foram identificados em 7,9% dos residentes.

⁷ As comorbidades foram codificadas de acordo com a Classificação Internacional de Doenças- CID 10,e, as outras doenças – dizem respeito a hipertensão arterial, varizes e epilepsia.

Tabela 10: Frequência e percentagem dos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, por número de comorbidades, Cabo Verde, 2006 – 2010.

Número de comorbidades	N	%
0	12	5,6
1	53	24,7
2	65	30,2
3	47	21,9
4	26	12,1
5	8	3,7
6	4	1,8
Total	215	100

Fonte: elaboração do autor a partir dos processos clínicos dos residentes

Não foi identificada nenhuma comorbidade em 5,6% dos residentes; 24,7% apresentavam apenas uma comorbidade e todos os demais, duas ou mais comorbidades. Em quase 2% deles foram anotadas seis ou mais comorbidades.

4.2.4. Resposta ao tratamento

Quanto à resposta ao tratamento, pouco menos de metade (46,5%) dos residentes concluiu o programa de tratamento, ao passo que a maioria (53,5%) não o concluiu pelas razões indicadas na tabela seguinte.

Tabela 11: Frequência e percentagem dos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, por resposta ao programa de tratamento, Cabo Verde, 2006 – 2010.

Resposta ao programa de tratamento	N	%
Conclusão	100	46,5
Abandono	58	27
Expulsão	49	22,8
Fuga	7	3,3
Óbito	1	0,5
Total	215	100

Fonte: elaboração do autor a partir dos processos clínicos dos residentes

Metade dos residentes de género masculino concluiu o programa de tratamento e pouco menos de metade abandonou ou foi expulsa do programa, como demonstra a tabela 12.

Menos de um quinto (17%) das residentes do género feminino concluiu o programa de tratamento e quase 80% abandonaram ou foram expulsas do mesmo.

Tabela 12: Comparações das percentagens das respostas ao programa de tratamento dos residentes da Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe, por género, Cabo Verde, 2006 – 2010.

Resposta ao programa de tratamento, por género	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Conclusão	96	50,3	4	16,7
Abandono	52	27,2	6	25
Expulsão	36	18,84	13	54,2
Fuga	6	3,14	1	4,1
Óbito	1	0,52	0	0
Total	191	100	24	100

Fonte: elaboração do autor a partir dos processos clínicos dos residentes

Em relação ao tempo de permanência, os participantes do estudo permaneceram em média entre 1 e 1187 dias, com uma média de permanência de 196,97 dias (desvio padrão de $\pm 141,8$ dias).

4.2.5. Tratamentos anteriores

No que se refere aos tratamentos anteriores, verificou-se que 50,7% dos pesquisados não tinham efectuado nenhum tratamento anterior e 49,3 % já o tinham realizado.

4.3. Análise inferencial

Os factores associados à não conclusão do programa de tratamento foram evidenciados pelo ajuste de um modelo de regressão logística, considerando a não conclusão do programa de tratamento como a variável dependente e as demais (contínuas) como explanatórias, a fim de verificar quais as que mais se associaram à não conclusão.

Foram incluídas no modelo outras variáveis de ajustes, como: género, grupo etário, filhos, estado civil, profissão, ocupação e situação laboral, tipo de coabitação, nível de escolaridade, tratamentos anteriores, número de comorbidades, tipos de drogas e tempo de consumo da droga que levou a procurar o tratamento.

4.3.1. Categorias de referência

Para o efeito da comparação entre as categorias das variáveis qualitativas, todas as modalidades das variáveis qualitativas foram tratadas como uma variável dicotómica (0,1) ou politómicas (com mais de duas categorias), em que uma delas será considerada como categoria de comparação ou de referência:

Grupo etário: a categoria de referência é 18 a 34 anos

Género: a categoria de referência é feminina

Estado civil: a categoria de comparação é solteira (o)

Filhos: a categoria de referência é sem filhos

Nível de escolaridade: a categoria de comparação é Sem escolaridade /Básico

Profissão: a categoria de comparação é sem profissão ou profissões elementares

Ocupação e situação laboral: a categoria de comparação é desempregada (o)

Tipo de coabitação: a categoria de referência é sozinha (o)

Tratamentos anteriores: a categoria de referência é não

Tipos de drogas que já usou: a categoria de referência é cocaína

Comorbidades: a categoria de referência é álcool e tabaco

Números de comorbidades: a categoria de referência é sem comorbidades.

4.4. Resultado de Análise de Regressão Logística Binária

Tabela 13: Análise da regressão logística binária para a não conclusão do programa de tratamento (n= 215).

Factores de predição	P-valor = Significância	Odd ratio = Exp (B)
Grupo etário		
18 A 34 (Referência)		1
35 A 48	0,130	1,765
Gênero		
Feminino (Referência)		1
Masculino	0,003	6,218
Estado civil		
Solteiro (Referência)	0,239	1
Casado ou união de facto	0,195	0,196
Divorciado ou separado	0,712	0,572
Filhos		
Sem filhos (Referência)		1
Com filhos	0,466	1,272
Habilitações Literárias		
Sem escolaridade /Básico (Referência)		1
Ensino Técnico/Secundário ou mais	0,672	1,154
Profissão		
Sem profissão ou profissões elementares (Referência)		1
Profissão técnica ou superior	0,575	1,235
Ocupação e situação laboral		
Desempregado (Referência)		1
Empregado	0,893	0,950
Tipo de coabitação		
Sozinho (Referência)	0,744	1
Cônjuge/companheiro	0,513	0,730
Pai/mãe/ambos	0,374	0,578
Outros	0,391	0,729
Tratamentos anteriores		
Não (Referência)		1
Sim	0,120	0,615
Tipos de drogas que já usou		
Cocaína (Referência)	0,212	1
Canabinóides	0,279	0,552
Múltiplas drogas e outras substâncias	0,152	0,165
Comorbidades		
Álcool e tabaco (Referência)	0,630	1
Comorbidades Clínicas	0,456	0,612
Transtornos mentais e comportamentais	0,344	0,545
Número de Comorbidades		
Sem comorbidades (Referência)	0,090	1
Uma comorbidade	0,036	3,452
Duas comorbidades	0,217	2,041
Três ou mais comorbidades	0,552	1,453

Fonte: Elaboração do autor a partir dos processos clínicos dos residentes

Análise: Os dados da tabela 13 mostram a associação ou não entre a não conclusão do programa de tratamento e algumas variáveis seleccionadas. Este teste é feito através do modelo da regressão logística para variáveis qualitativas.

Quando todas estas variáveis são postas no mesmo modelo, poucas delas conseguem ter efeito líquido estatisticamente significativo. O que leva a averiguar algum efeito concorrencial das variáveis, embora não tenha havido uma correlação clara entre as diferentes variáveis explicativas seleccionadas. Mas, dada alguma complexidade do fenómeno “resposta ao programa de tratamento dos dependentes de substâncias psicoactivas” fica um pouco difícil distinguir o efeito líquido individual de cada uma das variáveis em estudo. De qualquer forma, verifica-se que na CTGSF, quando controlados para possíveis variáveis confundidoras, o género e o número de comorbidades continuam a ter um efeito significativo sobre a não conclusão do programa de tratamento.

A questão que se apresentou foi: será que a não conclusão do programa de tratamento depende ou não do género dos dependentes de substâncias psicoactivas? Os homens pesquisados concluem, geralmente, mais que as mulheres?

Verifica-se que nesta população, quando a análise foi controlada por outras variáveis, o *género* continuou a ter um efeito significativo e forte sobre a não conclusão do programa de tratamento, pois o valor de p foi igual a 0,003. Isso significa que o risco de não concluir o programam de tratamento para uma pessoa do género masculino, quando comparado ao de um indivíduo de género feminino, aumenta em 94%.

Contudo, apesar de o número de mulheres, nesta amostra, ser menor do que o de homens, a não conclusão do programa de tratamento em mulheres também é preocupante, já que 83% dessas não concluíram o programa e o tratamento, na sua maioria (54,2%) por expulsão.

Os resultados referentes ao *número de comorbidades* apontam um valor de p igual a 0,036, indicando que há uma associação entre as variáveis. À medida que aumenta o número de comorbidades, o risco de não concluir o programa de tratamento não aumenta.

Não houve associação estatística significativa entre nenhuma das demais variáveis investigadas e não completar o programa de tratamento.

Capítulo V: Discussão

Este é o primeiro estudo cabo-verdiano que investiga a resposta ao programa de tratamento dos dependentes de substâncias psicoactivas, num programa específico para dependência química.

De forma sucinta, os resultados aqui encontrados não demonstraram muita discrepância, relativamente a estudos anteriores. Contudo, este estudo traz à evidência as insuficiências das informações contidas nos prontuários dos residentes: menos de um quarto deles informa sobre padrão de uso, praticamente não há informações sobre o uso do tabaco e do álcool, apesar de representarem a primeira e a segunda comorbidades, respectivamente. Uma série de outras informações relevantes não constava do processo clínico.

Todavia, foi possível verificar que 43,9% dos indivíduos consumiam de um a nove doses de drogas e 17,4% consumia 10 e mais doses, e 35,6% consumiam drogas diariamente enquanto 3% faziam-no semanalmente.

Tal facto assemelha-se ao resultado obtido pela SENAD (2011), em parceria com outras instituições, ao pesquisar sobre o perfil dos usuários de *crack* e/ou similares no Brasil: tomando como referência as 26 capitais, o Distrito Federal, municípios seleccionados das nove Regiões Metropolitanas Federais e uma amostra representativa de cidades de pequeno e médio porte, seleccionadas a partir dos dois extremos, observaram que o número médio de pedras usadas por usuário, nas capitais, foi de 11 e 16 por dia, nos municípios e capitais, respectivamente.

O resultado deste estudo revela alguma semelhança ao resultado encontrado por Negreiros (2002), que num estudo realizado com 176 consumidores problemáticos de drogas (38 consumidores problemáticos eram de Bairros Sociais, 57 de um Centro de Apoio a Toxicodependentes, 40 em meio prisional e 38 sujeitos encontravam-se, no momento das entrevistas, em tratamento numa Comunidade Terapêutica): cerca de 84,6% dos entrevistados consumiam a droga principal diariamente e 3% concordavam que o consumo era regular, ou seja, três vezes por semana, durante pelo menos um mês.

Cabe destacar também a ausência nos processos clínicos de cerca de 76,75% das informações relativamente à variável padrão de uso (quantidade e frequência de consumo das drogas). Uma possível hipótese para este facto, é que a maioria das fichas de encaminhamento é proveniente dos centros de saúde e das delegacias de saúde, que é preenchida por médicos e psicólogos e que nem sempre estão bem preparados e capacitados tecnicamente para o fazer, apesar de também se reconhecer a dificuldade do paciente em identificar a sua quantidade e a frequência de consumo de substâncias psicoactivas. Contudo, quando as fichas de encaminhamento são preenchidas por um psiquiatra ou no serviço de psiquiatria, geralmente as informações relativamente a esta matéria, nelas contidas, são mais completas. Mesmo com o paciente em tratamento, não há uma preocupação em complementar as informações, talvez por falta de formação nesta área e por não perceberem o quão importante é o registo dessa informação, que se supõe influenciar a resposta ao programa de tratamento dos residentes da CTGSF.

Este trabalho tem as suas limitações por se apoiar somente em dados do prontuário. Verificou-se que muitas informações não foram registadas e cerca de 76,75% dos processos clínicos não continham informações, no que diz respeito à quantidade e à frequência com que os indivíduos usavam as drogas, o que dificultou o tratamento estatístico dessa variável. Portanto, urge a necessidade de melhorar as anotações feitas por profissionais dos serviços de saúde e criar uma base de dados informatizados pela equipa gestora do centro, uma vez que ajuda no planeamento do cuidado, permitindo melhorar o programa de tratamento dos residentes e fazer estudos mais completos.

A percentagem de comorbidades identificadas ultrapassa 200% porque a maioria dos residentes (69,7%) apresentava mais de uma delas. Praticamente não há informações sobre o uso do álcool e do tabaco, apesar de representarem a primeira e a segunda comorbidade, já que a categoria mais representada foi a de transtorno por consumo de tabaco (74,4%), seguida de transtorno por uso de álcool (50,2%) e a menos representada foram as doenças do aparelho respiratório (1,9%). Os transtornos mentais e comportamentais foram identificados em 7,9% dos residentes. Essa tendência já tinha sido comprovada no trabalho de Diez *et al.* (2000), numa pesquisa longitudinal com uma amostra de 231 sujeitos dependentes de heroína, cocaína, tabaco, álcool, anfetaminas, psicofármacos e hipnóticos, realizada em Unidade de Desabilitação Residencial “*Balsa Blanca*”, que constatou que, de entre todas as outras drogas

consumidas, o tabaco, em 96.1% dos casos, é o tipo de substância psicoactiva mais usada, consequentemente a maior frequência de comorbidades encontrada. Portugal *et al.* (2010), numa pesquisa descritiva, de carácter retrospectivo, cujo objectivo era descrever o perfil de pacientes atendidos no Programa de Atendimento ao Alcoolista do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo, portadores de comorbidades, observaram que 63,7% dos indivíduos apresentavam transtornos psiquiátricos, sendo que a maioria era representada pelo tabagismo, em 58,1% dos casos.

Carlini *et al.* (2007) referem que, dentre as substâncias lícitas, o álcool é a mais utilizada, seguida do tabaco. Contudo, este estudo revelou percentagens de álcool baixas comparativamente ao tabaco. Tal facto aparenta estar relacionado com a ausência de registos de dados, até porque é atribuída mais importância às substâncias psicoactivas ilícitas do que às drogas lícitas, talvez devido ao facto de que as pessoas ainda não se conscientizaram das consequências do uso abusivo do álcool, ainda mais quando se trata de centro de recuperação que não admite dependentes do álcool para tratamento. Cabe também salientar que as percentagens superiores de tabaco, encontradas neste estudo, entre dependentes de substâncias psicoactivas ilícitas podem ter uma razão de ser, já que a maioria desses dependentes químicos necessitam do tabaco para consumir outras substâncias psicoactivas, particularmente as múltiplas drogas, *crack*, de entre outras.

Segundo a EMCDDA (2004), o consumo problemático de drogas e as perturbações psiquiátricas constituem uma combinação frequente já que, cerca de 80% dos pacientes aos quais é diagnosticada dependência de substância psicoactivas, apresentam igualmente perturbações psiquiátricas co-mórbidas. Por sua vez, Scheffer e Pasa (2010), numa pesquisa de carácter transversal quantitativo, com 32 indivíduos, aplicando a *Mini International Neuropsychiatric Interview*, aferiram alta prevalência de transtornos psiquiátricos em dois grupos de dependentes químicos, cocaína/*crack* e álcool/cocaína/*crack*.

Neste sentido, faz-se necessário ressaltar que o resultado deste estudo indica uma baixíssima taxa de transtornos mentais e comportamentais, identificados em apenas 7,9% dos residentes. Uma possível hipótese para estes resultados é que Cabo Verde é um arquipélago de 10 ilhas, sendo nove habitadas, separadas pelas águas do mar, com cerca de 500 mil habitantes e conta com apenas quatro (4) Psiquiatras em actividade, (1

Psiquiatra/±125.000 habitantes), sendo distribuídos apenas nas duas ilhas de maior densidade populacional. Por conseguinte, a maioria dos dependentes químicos que fazem tratamento na CTGSF não é avaliada por um especialista nessa área. Além disso, o Centro conta com o apoio de um Médico de Clínica Geral que, duas vezes por semana, se desloca à Comunidade Terapêutica para consultas, responsável pela identificação de uma boa parte das comorbidades, sendo que nos casos considerados mais críticos, é solicitada uma interconsulta com o serviço de psiquiatria.

Neste sentido, os resultados deste estudo discrepam das afirmações de Uchtenhagen e Zeiglgänsberger (2000), citados por EMCDDA (2004), que estimam que entre os consumidores de drogas, cerca de 10 a 50% dos pacientes apresentam comorbidade de mais do que uma perturbação de personalidade ou psiquiátrica. Na mesma linha de resultados, Armstrong e Costello (2002), citados por Ribeiro e Laranjeira (2010), numa revisão com estudos comunitários, respeitante à comorbidade psiquiátrica, realizada com jovens usuários de álcool e outras drogas, mostraram que 60% dos sujeitos apresentavam uma comorbidade, sendo o transtorno de conduta e o transtorno desafiador opositor os mais comuns, seguidos pelo transtorno depressivo.

No mesmo sentido, Flynn e Brown (2008) relatam que a maioria dos usuários de substâncias psicoativas, dentro do ambiente de tratamento, possui ao menos um transtorno mental. Silva *et al.* (2009), numa pesquisa com 31 sujeitos diagnosticados como dependentes de álcool ou cocaína/*crack*, em regime de internamento no Centro Especializado de Dependência Química, da Unidade do Hospital Parque Belém, localizado em Porto Alegre, RS, através da aplicação do *Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)*, verificaram que 83,9% dos participantes deste estudo apresentaram, ao menos, um outro transtorno mental. Destes, 61,3% foram diagnosticados com dois ou mais transtornos mentais, apontando para a presença de comorbidades múltiplas, numa expressiva parcela da amostra estudada. No grupo de indivíduos alcoólicos, somente 18,8% não apresentaram comorbidades psiquiátricas, enquanto no grupo de dependentes de cocaína/*crack*, em somente 13,3% não foi diagnosticado nenhum outro transtorno psiquiátrico.

O ideal seria ter um psiquiatra no centro de tratamento. Assim, há que considerar de extrema importância a possibilidade de, ainda durante o primeiro trimestre de tratamento, todos os residentes terem ao menos uma consulta com um psiquiatra, o que ajudaria no diagnóstico e na orientação do tratamento das comorbidades psiquiátricas e, por conseguinte, melhoraria a resposta ao programa de tratamento.

À análise da regressão logística foi verificada uma associação significativa entre o *género* e a não conclusão do programa de tratamento, evidenciando maior probabilidade de abandono entre os indivíduos do género masculino, em relação aos do género feminino. Goñi *et al.* (2008), numa pesquisa de uma amostra de 61 pacientes dependentes de heroína, cocaína, *speed ball*, álcool e *cannabis* do *Proyecto Hombre* de Navarra, Espanha, comprovaram que as percentagens de abandono, tanto no tratamento ambulatorial como no residencial, eram na sua maioria de homens.

Num estudo retrospectivo, elaborado com dados recuperados de expedientes e de bases de dados do Sistema de Informação Epidemiológica do Consumo de Drogas de Centros de Integração Juvenil, Enseñanza, México, a partir da selecção de uma amostra inicial de 1922 usuários de drogas ilícitas verificaram que, comparadas com os homens, uma percentagem significativamente maior de mulheres concluíram o tratamento (Negrete *et al.*, 2010). Desta forma, percebe-se que os indivíduos do género masculino são os que menos concluem o programa de tratamento.

Tal facto contrapõe-se a uma investigação realizada por Mangado (2009), que num estudo observacional retrospectivo de tratamento em grupo, com uma amostra de 1432 dependentes de álcool, cocaína e heroína, avaliou o papel do género na retenção no tratamento numa Unidade de Toxicodpendência, Madrid, Espanha, e encontrou diferenças relevantes na evolução do tratamento, segundo o género: os homens tiveram melhor prognóstico do que as mulheres. Apesar dessas controvérsias, Sirvent *et al.* (2010) mostraram-se indiferentes perante a questão do género, respeitante à conclusão ou não do programa de tratamento, já que num estudo retrospectivo de dois anos, pesquisando os motivos da alta, em dispositivos assistenciais, da *Fundación Instituto Spiral*, Oviedo, Espanha, numa amostra de 231 sujeitos dependentes de cocaína, opiáceos, haxixe, álcool, psicofármacos e múltiplas drogas, não encontraram diferenças significativas entre o abandono e o género e a idade, sugerindo que o género, por si só, não é um factor de risco para a não conclusão do tratamento.

Por outro lado, parece haver um predomínio do *género masculino* em centros de tratamento, já que tal facto é evidenciado por diversos autores (David *et al.*, 1997; Diez *et al.*, 2000; Montalvo *et al.*, 2004; Ravndal *et al.*, 2005; Faria & Schneider, 2009; Mangado, 2009; Figlie *et.al*, 2010; Batista *et al.*, 2012; Castro *et al.*, 2012). Segundo Faria e Schneider (2009), os indivíduos do género masculino seriam mais amplamente atingidos pelo problema da dependência de drogas, ao passo que, para Peixoto *et al.* (2010), as mulheres conseguem disfarçar a dependência por mais tempo e, em virtude da forma como a sociedade vê a mulher dependente, há uma preocupação em evitar expor-se a um tratamento, no qual terá que se defrontar com outras pessoas. Segundo Rossetti e Santos (2006), as mulheres sentem vergonha da doença e, consequentemente, afastam-se do tratamento, ou, como pensam Figlie *et al.* (2010), as mulheres demoram a procurar ajuda devido ao preconceito.

Por outras palavras: a literatura científica não é unânime relativamente à questão do género no desfecho do programa de tratamento dos usuários e dependentes de substâncias psicoactivas, embora reconheça uma predominância dos indivíduos do género masculino nos centros de tratamento.

O segundo achado deste estudo diz respeito à associação significativa entre a presença de uma comorbidade e a não conclusão do programa de tratamento, mas não entre duas ou mais e a não conclusão, o que constitui um achado de difícil explicação. Ou seja, há uma maior probabilidade de não concluir o programa de tratamento entre os indivíduos com apenas uma comorbidade, em comparação com aqueles que não apresentam patologia associada à doença de base, em estudo, ou apresentam duas ou mais.

Brown *et al.* (1998) constataram que os pacientes portadores de comorbidades estão mais expostos ao insucesso ou ao abandono do tratamento do que aqueles que não apresentam nenhuma patologia associada. Na mesma perspectiva, Oliveira *et al.* (2010), num estudo pré-experimental, realizado em Rio Grande do Sul, Brasil, numa amostra de 103 adolescentes usuários de substâncias psicoactivas ilícitas (*cannabis*), verificaram que os adolescentes que possuíam o diagnóstico de transtorno de conduta apresentaram maior tendência a desistir do tratamento. Montalvo *et al.* (2004), que desenvolveram um estudo *ex-post facto*, de carácter prospectivo, num universo de 125 pacientes, seleccionaram uma amostra de 42 pacientes e concluíram que a presença de elevadas

taxas de perturbações de personalidade se associa com uma maior e mais precoce probabilidade de abandono do tratamento.

Cabe destacar também neste estudo, a ausência de diferenças significativas entre as variáveis *grupo etário* e *tratamento anterior* e a não conclusão do programa de tratamento, que em alguns estudos foram significativas.

O *grupo etário* é uma variável importante que não se associou significativamente com a não conclusão do programa de tratamento que, no entanto merece ser destacado, pois outros estudos têm demonstrado que ele se associou significativamente à não conclusão do programa de tratamento. Por exemplo, Almeida (2013), a partir de uma pesquisa descritivo-exploratória de abordagem quantitativa, de carácter retrospectivo, realizada com uma amostra de 706 indivíduos usuários de álcool, tabaco, *crack*, *cannabis*, cocaína, inalantes e medicamento, demonstrou que o factor idade esteve associado ao abandono do tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, em João Pessoa, Paraíba, Brasil. Os achados de Goñi *et al.* (2008) apontam para uma possível relação entre a não conclusão de programa de tratamento e a idade dos sujeitos, pois numa amostra de 61 pacientes, maioritariamente solteiros (77%) da Comunidade Terapêutica *Proyecto Hombre de Navarra*, constataram que indivíduos mais jovens apresentam uma maior probabilidade de abandonar o tratamento. Este resultado é semelhante aos do estudo de Diez *et al.* (2000), que num estudo longitudinal com 231 sujeitos, observaram que sujeitos com menor idade têm um maior índice de alta por abandono.

Em contraposição, David *et al.* (1997), numa amostra de 74 heroíno-dependentes admitidos sucessivamente a um programa terapêutico denominado Tratamento Combinado por Etapas no Centro de Atendimento de Toxicodependentes, Lisboa, Portugal, verificaram que a idade foi preditor significativo do tempo total de permanência no programa: quanto maior a idade do indivíduo, menor era o tempo de permanência no programa de tratamento.

Neste estudo não ocorreu associação significativa entre o *tratamento anterior* e a não conclusão do programa de tratamento. Todavia, o NIDA (2011) refere que 60% dos dependentes de substâncias psicoactivas estudados já tinham passado por algum tipo de tratamento e sem sucesso. Perrone (2012), num estudo em duas CTs no interior do

Estado de São Paulo, Brasil, com sujeitos dependentes de álcool e com dependência cruzada, constatou que numa destas, 58% dos residentes que abandonaram o tratamento já haviam estado internados anteriormente apenas em CT. Tal facto contrapõe-se a uma pesquisa realizada por Goñi (2005), que num estudo *ex-post facto*, de carácter prospectivo, com uma amostra de 618 indivíduos dependentes de álcool, haxixe, anfetaminas, barbitúricos, heroína, cocaína, *speed ball*, alucinógenos, *crack* e outras substâncias psicoactivas, realizada em Comunidade Terapêutica de *Proyecto Hombre de Navarra*, Espanha, constatou não haver diferença nas taxas de conclusão e de abandono de tratamento nos indivíduos com histórias de internamentos prévios.

Os resultados obtidos das análises das características sociodemográficas coincidem com os achados por outros autores nos seus diferentes estudos.

Através dos resultados obtidos, verifica-se que 57% dos residentes tinham filhos.

Capistrano *et al.* (2013) corroboram estes dados, mostrando que a presença de filhos foi predominante em 66,2% dos casos.

Contrariamente, Diez *et al.* (2000) constataram que 74,5% dos dependentes químicos da Unidade de Desabilitação Residencial “*Balsa Blanca*” não tinham filhos. Muchata e Martins (2010) compreendem que a dependência de substâncias psicoactivas interfere na capacidade de ser mãe ou de ser pai, sendo que a problemática do comportamento dependente de substâncias psicoactivas evidencia que os pais centram-se menos nas crianças e mais em si próprios, apresentam complicação no controlo das emoções, são poucos sensíveis, responsáveis e afetuosos, são mais negligentes com as necessidades físicas dos seus filhos e, frequentemente, surgem condições nas quais a criança fica separada de um dos pais ou de ambos. Nesta linha de pensamento, Schenker e Minayo (2003) explicam que, comumente, os usuários não mantêm uma família ou nunca formaram uma e quando a compõem, têm dificuldade em sustentar a composição familiar. Dessa forma, em vez de se relacionarem com pessoas, acabam por se relacionar com a substância que consomem excessivamente.

Relativamente à idade dos sujeitos, os nossos achados aproximam-se dos resultados revelados pelos investigadores da SENAD (2005) e por Batista *et al.* (2012), que constataram que há alguma predominância dos dependentes químicos na faixa

etária dos 21 aos 40 anos e com dados evidenciados por Montalvo *et al.* (2004), Guimarães *et al.* (2008) e Capistrano *et al.* (2013), que nos seus estudos constataram que a média de idade entre os dependentes em tratamento é de 30 anos, oscilando entre 18 e 49 anos. Diez *et al.* (2000), Filho *et al.* e Cavalcante *et al.* (2008) afirmam que o primeiro contacto com as substâncias psicoactivas pode ocorrer em qualquer idade, não obstante a frequência mais elevada seja na adolescência.

Nesta pesquisa, verificou-se que 60,9% possuíam o ensino secundário, 30,7%, o ensino básico, 4,2%, o ensino técnico e 3,3%, o ensino superior. Pouco menos de 1% (0,9%) não tinha nenhuma escolaridade, o que demonstra uma fraca escolaridade entre os residentes da CTGSF. David *et al.* (1997), Martins *et al.* (2008), Seabra *et al.* (2010), Batista *et al.* (2010), e Capristano *et al.* (2013) confirmam existir, de facto, uma hegemonia de baixa escolaridade, uma realidade alarmante entre os dependentes químicos e que está relacionada ao desenvolvimento da dependência química. Ferreira *et al.* (2003) explicam que o consumo de substâncias psicoactivas lesa o desempenho de qualquer actividade, sendo que o dependente de substâncias psicoactivas apresenta menor capacidade de julgamento e de compreensão.

Foi observado na CTGSF que 76,7 % dos residentes se encontravam desempregados, ao passo que 23,3% estavam empregados. David *et al.* (1997), Guimarães *et al.* (2008), Seabra *et al.* (2010), Castro *et al.* (2012) e Capistrano *et al.* (2013) argumentam que os dependentes de substâncias psicoactivas apresentam uma taxa de desemprego considerável. Segundo Souza *et al.* (2006), a deterioração gradual do usuário nos aspectos biopsicossociais, na dependência química, gera dificuldades e preconceito, enfrentados ao procurar trabalho ou nele permanecer.

No que respeita ao estado civil, foi observado que a maioria dos indivíduos pesquisados é solteira (94 % da amostra). Diez *et al.* (2000) encontraram uma prevalência também elevada, 77% de indivíduos solteiros dependentes de substâncias psicoactivas. Estes resultados vão ao encontro dos achados do estudo realizado por Goñi *et al.* (2008), que revelaram que a prevalência de indivíduos solteiros dependentes químicos é de 79,2%. Batista *et al.* (2012) especificam que a tendência do consumo de drogas por esses indivíduos é aumentar, tendo em conta que se verificou um acréscimo de 14,35% no período de 2000 a 2009, entre os usuários solteiros.

Cerca de um terço dos participantes (33,5%) vivia com, ao menos, um dos pais, 29,3% viviam com outros parentes, 13,9% viviam com pessoas sem relação de parentesco, 12,6% viviam sozinhos e 10,7% coabitavam com o cônjuge/companheiro.

David *et al.* (1997), num estudo sobre Tratamento Combinado por Etapas, constataram que 87% dos heroinodependentes viviam com os pais. Seabra *et al.* (2010) constataram que 51% dos indivíduos que participaram no seu programa de redução de danos coabitavam com os pais. Apesar dessas percentagens consideráveis de indivíduos que coabitam com os pais, Horta e Pinheiro (2006) tentam explicar que a convivência entre pais e filhos pode constituir um factor protector no uso de substâncias psicoactivas, uma vez que os pais, que não consomem de forma abusiva, colaboram para que os filhos não o façam.

Constatou-se que a categoria mais representada foi a de Profissões Elementares (38,1%), seguida de Profissões Qualificadas da Indústria, Construção e de Artífices (24,7%), Pessoal de Serviços, Segurança e Vendedores (13,5%) e de Especialistas das Actividades Intelectuais e Científicas (7%). Os resultados encontrados por Lito *et al.* (2005) demonstram que os dependentes encontram-se sobretudo nas categorias profissionais dos Operários, Condutores e Similares (35%), dos Empregados de Serviços e Vendedores (23%), dos Trabalhadores não Qualificados (16%) e das Profissões Intelectuais e Científicas (3%). Peixoto *et al.* 2010 e Monteiro *et al.* (2011) sustentam que esta baixa escolaridade, entre os dependentes de substâncias psicoactivas, está relacionada ao desenvolvimento da dependência química, que se torna inquietante à medida que o baixo nível de habilitações literárias resulta numa baixa qualificação profissional.

Quanto aos tratamentos anteriores, constatou-se que 50,7% dos pesquisados não tinha efectuado nenhum tratamento anterior e 49,3 % já o tinha realizado.

Surjan *et al.* (2000), numa pesquisa realizada numa clínica de recuperação na cidade de São Paulo, com pacientes dependentes de álcool e outras drogas, encontraram que cerca de 48% deles já tinham efectuado pelo menos um tratamento anterior, resultados que coincidem com os achados deste estudo.

Resultados semelhantes foram obtidos por Velho (2010), que verificou que dos usuários que procuraram o tratamento, 54,8% não tinham realizado nenhum tratamento anterior. Contrariamente, percentagens mais elevadas dos dependentes da heroína, que não tinham realizado nenhum tratamento (68%), foram alcançadas por David *et al.* (1997) numa amostra de 74 heroínodependentes, admitidos sucessivamente a um programa terapêutico denominado Tratamento Combinado por Etapas (TCE), num Centro de Atendimento de Toxicodependentes de Lisboa, Portugal.

Contudo, dados do NIDA (2011) apontam que cerca de 60% dos dependentes químicos pesquisados já tinham alguma experiência prévia de tratamento, sem resultados positivos, ou seja, apenas 40% dos indivíduos não tinha realizado, pelo menos um tratamento, percentagem inferior à encontrada nesta pesquisa.

Deve-se levar em conta que, dadas as limitações de alternativas de tratamento para a população deste estudo, em Cabo Verde, não é de surpreender a baixa frequência de tratamentos prévios.

Em relação ao tempo de permanência, os participantes do estudo permaneceram entre 1 e 1187 dias, com uma média de permanência de 196,97 dias (5,7 meses) e, tendo um desvio padrão de $\pm 141,8$ dias ($\pm 4,7$ meses). Tal facto assemelha-se a um estudo realizado por Monteiro *et al.* (2011), na sua pesquisa de carácter quantitativo, realizado no município de Teresina, Brasil, cujo objetivo era levantar o perfil sociodemográfico e a adesão ao tratamento de dependentes do álcool no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, através de informações presentes nos prontuários dos 227 sujeitos, observaram que, na faixa etária entre os 15 e os 18 anos, a média de permanência encontrada foi de 5,5 meses (desvio padrão de $\pm 4,3$ meses); para a faixa compreendida entre os 19 e os 59 anos de idade, foi de 6,3 meses (desvio padrão de $\pm 5,1$ meses).

Resultado idêntico foi encontrado por Diez *et al.* (2000), num estudo longitudinal, com uma amostra com 231 sujeitos dependentes de heroína, cocaína, tabaco, álcool, anfetaminas, psicofármacos e hipnóticos, realizado na Unidade de Desabilitação Residencial “Balsa Blanca”, verificaram que o tempo médio de permanência num programa de tratamento era de 4,8 meses. Em contraposição a estes resultados, Seabra *et al.* (2010), numa pesquisa com 241 indivíduos, maioritariamente constituída por homens (204) que entraram num programa de redução de riscos e

minimização de danos, através de um programa de metadona em Torres Vedras, Portugal, observaram que o tempo médio de permanência no programa era de 2,3 meses.

Para o supracitado, uma possível explicação é que tanto a idade dos indivíduos como a sua escolaridade podem influir na sua permanência, pois, segundo David *et al.* (1997), quanto maior a idade do indivíduo, menor é o tempo de permanência no programa de tratamento, e quanto menor a escolaridade do sujeito, menor também será o tempo de permanência no tratamento.

Relativamente à idade de início de uso de drogas, salienta-se que não houve registo de uso de álcool nem de tabaco nos prontuários de nenhum sujeito. Contudo, relativamente às outras substâncias psicoactivas, verificou-se que a idade mínima de início de uso de drogas foi de 9 e a idade máxima de 38 anos. A média de idade de início de uso de drogas oscilou entre 16 e 18 anos para canabinóides e entre 21 e 59 anos para cocaína. Esses resultados assemelham-se aos de Negreiros (2002), num estudo realizado com 176 consumidores problemáticos de drogas: cerca de 14% dos entrevistados começaram a consumir a droga de início entre os 8 e os 12 anos de idade (média de 15,7 anos), ligeiramente inferior à média da idade de iniciação da droga de abuso principal, que se situou à volta dos 19 anos. Essa tendência já tinha sido evidenciada, tanto nos trabalhos de Pereira *et al.* (2008), como nos estudos de Batista *et al.* (2012), que constataram que o consumo de substâncias psicoactivas ocorre cada vez mais prematuramente, sendo a idade de consumo inicial das substâncias psicoactivas à volta dos 10 anos. Diez *et al.* (2000), Montalvo *et al.* (2004), Almeida *et al.* (2007) e Cavalcante *et al.* (2008) confirmam que, efectivamente, o primeiro contacto com as substâncias psicoactivas pode ocorrer em qualquer idade, apesar de ser mais frequente na adolescência. Todavia, Portugal *et al.* (2010), num estudo descritivo, de carácter retrospectivo, cujo objectivo era descrever o perfil de pacientes atendidos no Programa de Atendimento ao Alcoolista do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo, verificaram que os sujeitos pesquisados iniciaram o seu consumo aos quatro anos de idade.

No que respeita à primeira droga consumida, os resultados assinalam que a primeira droga usada foi canabinóides em 86,5% dos casos, seguida da cocaína em 8,8% dos casos e que apenas 0,5% usou sedativos e hipnóticos, na primeira vez.

Ressalte-se que, em nenhum caso, a primeira substância psicoactiva usada foi álcool, tabaco, opiáceo, solvente volátil, alucinógeno ou outros. David *et al.* (1997), Sanchez e Nappo (2002), Mombelli *et al.* (2010) afirmam que, habitualmente, a *cannabis* é a primeira droga ilícita consumida, sendo que a progressão do uso é fortemente influenciada pela idade. Negreiros (2002), num estudo realizado com 176 consumidores problemáticos de drogas, verificou que cerca de 86.7% dos indivíduos entrevistados iniciaram o seu consumo através da *cannabis* e 9% dos sujeitos começaram pela heroína, tendo 91% dos sujeitos a referir a heroína como droga de abuso principal, contra os 8% da cocaína.

Em relação ao tipo de droga consumida, observou-se que 98,1% dos participantes consumiram cocaína, 91,2% usaram canabinóides, 89,3% consumiram múltiplas drogas e nenhuma outra droga foi usada por mais de 3,3% dos indivíduos. Na mesma linha de resultados, Mombelli *et al.* (2010), no estudo transversal retrospectivo realizado na Unidade de Psiquiatria de um hospital geral, localizado na cidade de Cascavel, PR, Brasil, constataram que as drogas consumidas com maior frequência, nos adolescentes internados para desintoxicação, foram o *crack* (87,6%) e a *cannabis* (85,2%), sendo que 79% dos adolescentes usam tais drogas de forma concomitante.

Silveira (2001), numa pesquisa retrospectiva, em Curitiba, analisou 682 prontuários dos adolescentes, na faixa etária dos 10 aos 20 anos, internados por dependência química e registou que o *crack* era a segunda substância mais consumida (49%), à frente do álcool (39%) e da cocaína aspirada (29%), unicamente atrás da *cannabis*. Negreiros (2002), num estudo realizado com 176 consumidores problemáticos de drogas, verificou que as principais drogas utilizadas pelos entrevistados eram a heroína (30,5), cocaína/ heroína (48,8%) e consumo cumulativo de heroína, cocaína e haxixe (8%). As outras drogas, como as anfetaminas ou o *ecstasy*, eram consumidas por um número muito reduzido de sujeitos. Neste estudo, as combinações de drogas mais encontradas foram canabinóides/cocaína em 72,6% dos residentes, seguidas de opiáceos/canabinóides/cocaína, com 6,5% e de canabinóides/cocaína/outras estimulantes, representando 1,8%. Nenhuma outra categoria de múltiplas drogas esteve representada por mais de 1,3% dos residentes.

Oliveira (2010), num estudo brasileiro que avaliou 183 dependentes de substâncias psicoactivas que procuraram tratamento, afirmou que 45,3% dos entrevistados utilizavam três ou mais drogas. Oliveira e Nappo (2008b) especificaram que as drogas mais vulgarmente associadas foram: álcool, *cannabis* e cocaína. Por sua vez, Seabra *et al.* (2010) evidenciaram que cocaína, heroína e *cannabis* eram consumidas por 49,3 % dos indivíduos.

Griffiths *et al.* (2011), na avaliação de 70.000 adolescentes entre 15 e 16 anos, em 22 países europeus, encontraram 30% dos sujeitos que tinham consumido pelo menos dois tipos de drogas psicotrópicas no mês anterior à avaliação, sendo a combinação mais frequente álcool e tabaco, seguida de *cannabis* com álcool e/ou tabaco e, em baixa frequência, *cannabis* com álcool ou tabaco mais *ecstasy*, cocaína, anfetaminas, LSD ou heroína.

Leri *et al.* (2003) referem que possivelmente os usuários experimentam uma sensação subjectiva de maior prazer com a mistura, qualitativamente distinta dos efeitos individuais destas drogas. Por seu turno, Sanchez e Nappo (2002) esclarecem que, entre os usuários de *crack*, a prevalência do uso de *cannabis* está à volta dos 60%, tanto na sua forma sequencial, como no consumo misturado num mesmo cigarro, designado “mesclado”, consumido com o objetivo de diminuir a fissura e os demais efeitos ansiogênicos do *crack*.

Em relação ao tempo de consumo, observou-se que o tempo mínimo foi de um ano, conforme o tipo de droga, com o tempo máximo de 33 anos. A média total de tempo de consumo foi de 10,8 anos, que variou de 14,2 anos para canabinóides, 12,2 anos para opióides, 10,9 anos para sedativos e hipnóticos, 10,9 anos tanto para alucinógenos como para solventes voláteis, 8,9 anos para as múltiplas drogas e 8,7 anos para cocaína.

Tendência similar já havia sido evidenciada no trabalho de Baptista *et al.* (2008), que estudaram 117 utentes da população de Viseu, Portugal, que recorreram à equipa de tratamento, pela primeira vez, durante o ano de 2006: constataram que a maioria (35%) consumia a droga entre os 11 e os 15 anos; prosseguindo os 6 a 10 anos e 21 a 25 anos, respectivamente com 19 % e os 16 a 20 anos com 16 %. Os que consomem há mais de 26 anos com 7% e os de 1 a 5 anos, com apenas 4%.

Montalvo *et al.* (2004), num estudo *ex-post facto*, de carácter prospectivo, num universo de 125 pacientes, verificaram que a média total de consumo foi de 11,1 anos, distribuídos da seguinte forma: heroína 10,65 anos, cocaína 11,5 anos, álcool 14,6 anos, anfetaminas 10,25 anos e benzodiazepinas não ultrapassou 2 anos de consumo. Diez *et al.* (2000), numa pesquisa longitudinal, com uma amostra com 231 sujeitos, constataram que o tempo de consumo de 1 a 5 anos correspondeu a 39,8 % dos casos, de 6 a 10 anos 30,8 % dos casos, 11 a 15 anos 23,8% dos casos e 16 a 20 anos em 5,6 % dos casos, tempo inferior ao deste estudo. Peixoto *et al.* (2010) analisaram 316 prontuários de pacientes do CAPSad de Campo Grande (MS) e com isso puderam observar que os grupos de pacientes que aderiram ao tratamento apresentaram maior tempo de uso de drogas, 20,0 anos contra 15,7 anos do grupo que não aderiu ao tratamento.

Segundo Carlson *et al.* (2010), os usuários de *crack* são os que menos procuram ajuda entre os usuários de drogas ilícitas, todavia existem factores que predis põem à demanda por tratamento, nomeadamente o aumento da gravidade da dependência, problemas legais e a presença de tratamentos anteriores. Uma hipótese mais provável da variação do tempo de consumo pode estar relacionada com a data da criação da CTGSF, que foi inaugurada no dia 6 de Julho de 2005 e recebeu os seus primeiros residentes em 27 de Outubro de 2005. Sendo assim, os indivíduos passaram a beneficiar de um tratamento especializado, único no país, por ventura a primeira Comunidade Terapêutica da África Ocidental.

Analisando a droga que motivou a procura do tratamento, 79,5% foram impulsionados pela cocaína, 16,3% pelas múltiplas drogas, 2,3% pelos canabinóides; menos de 2% procuraram o tratamento pela dependência de opióides. Velho (2010) constatou que, dos casos encaminhados por unidades básicas de saúde, 44,7% eram usuários de *crack* e 5,3% de *cannabis* e, dentre os que procuraram o tratamento de forma espontânea, pouco mais de metade (50,8%) eram usuários de *crack*. Neste mesmo estudo, realizado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, situado na região centro-sul do município de Londrina, PR, Brasil, com residentes que passaram pela triagem entre Julho e Dezembro de 2008, verificou-se que, das substâncias que levaram os indivíduos a procurarem o tratamento, o *crack* representou 44,4% dos sujeitos, seguido por *cannabis* (5,8%), cocaína aspirada (3,1%), ansiolíticos (0,4%) e solvente (0,2%).

Na mesma linha de resultados, Sirvent *et al.* (2010), num outro estudo em Oviedo, Espanha, revelaram que 57% dos homens e 60,5% das mulheres procuraram o tratamento devido à dependência de cocaína, 20,58% dos homens e 19,6% das mulheres, de haxixe, e 24,7% dos homens e 22,22% das mulheres, de opiáceos, mas nenhuma dessas substâncias implicou maior risco de abandono.

Em contraposição aos resultados supracitados, Montalvo *et al.* (2004) mostraram que as substâncias que mais motivaram os indivíduos a buscar o tratamento foram a heroína (42,9%), a cocaína (28,6%), as anfetaminas (14,3%), o álcool (11,9%) e as benzodiazepinas 2,4%. Na mesma perspectiva, a ONUDC (2012) refere que, em África, a substância psicoativa que mais leva o indivíduo a procurar o tratamento é a *cannabis*.

Presume-se que o que está na base da elevada procura por tratamento devido ao consumo de cocaína, particularmente na sua forma de *crack*, conforme Carlini *et al.* (2001), é uma euforia exacerbada de curta duração, continuada, com fissura intensa.

Nesta lógica, Dunn e Laranjeira (1999) afirmam que a procura por tratamento aparenta ser mais precoce entre os usuários de *crack*, comparativamente aos de cocaína aspirada. Apesar dessa aparente prematuridade na procura por tratamento dos consumidores de *crack*, Carlson *et al.* (2010) salientam que os usuários de *crack* são os que menos buscam ajuda entre os usuários de drogas ilícitas e, no entanto, existem factores que predispõe à demanda por tratamento, nomeadamente o aumento da gravidade da dependência, problemas legais e a presença de tratamentos anteriores.

Ressalta-se que neste estudo, 91,2% dos indivíduos usaram canabinóides, todavia, apenas 2,3% dos sujeitos procuram o tratamento pelo seu uso. Nesta perspectiva, Silveira (2001) cita que a *cannabis* é uma substância que, por si só, dificilmente constitui a razão de internamento.

Apenas 23 residentes (menos de 11%) admitiram ter consumido apenas um tipo de droga; todos os demais consumiram mais de dois tipos diferentes de drogas. Trata-se de uma tendência que já tinha sido evidenciada na pesquisa de Mombelli *et al.* (2010), que constataram que 79% dos adolescentes usaram *crack* e *cannabis* de forma concomitante. Percentagens mais elevadas já tinham sido encontradas por Sanchez e Nappo (2002), que verificaram que, entre os usuários de *crack*, a prevalência do uso de

cannabis chega a 60%, na forma sequencial ou no uso combinado num mesmo cigarro designado “mesclado”. A ONUDC (2012) chama atenção para o facto de o número total de consumidores de cinco drogas (*cannabis*, anfetaminas, *ecstasy*, cocaína e opiáceos) transpôr a média dos 20% do número total de consumidores de drogas ilícitas.

Constata-se nos estudos de Oliveira (2010) que, dentre os dependentes de substâncias psicotrópicas que procuraram tratamento, 45,3% dos entrevistados utilizavam três ou mais drogas. Percentagens relativamente idênticas foram observadas por Seabra *et al.* (2010), que evidenciaram que a cocaína, a heroína e a *cannabis* eram consumidas por 49,3 % dos indivíduos.

Uma possível explicação para estes resultados pode estar relacionada com o facto de, segundo Guindalini *et al.* (2006) e Mombelli *et al.* (2010), o consumo de substâncias psicoactivas ilícitas se iniciar, particularmente, com drogas lícitas, álcool e tabaco, em idade prematura e de forma pesada. Complementando essa afirmação, Mora *et al.* (2002) dizem que o uso de substâncias lícitas aumenta a probabilidade de envolvimento sério com uma ou mais drogas ilícitas. Kandel e Yamaguchi (1993) já haviam considerado o início do uso de drogas lícitas na tenra idade como factor que predispõe ao poliuso e à dependência de drogas psicotrópicas.

Neste estudo, o uso de múltiplas drogas constitui um problema já que uma elevada percentagem dos residentes as consome. Perante essa dificuldade, com a qual é difícil de se lidar, torna-se pertinente uma reflexão por parte dos profissionais da saúde e das entidades competentes, no intuito de chegar a uma conscientização da gravidade deste fenómeno para uma possível intervenção psicossocial diferente, junto desses tipos de usuários de drogas, pois há uma carência de uma avaliação clínica e psiquiátrica com maior profundidade. Há que ressaltar que na CTGSF não existe nenhum técnico especializado em dependência química, somente há técnicos com alguns anos de experiência nesta área. Nesta perspectiva, impera a necessidade de qualificar a equipa para fazer frente a este tão grave problema de saúde pública.

Menos da metade (46,5%) dos residentes concluiu o programa de tratamento e pouco mais do que isso, 49,8%, abandonou ou foi expulso do programa. Metade dos residentes do género masculino respondeu ao programa de tratamento com conclusão e pouco menos de 50%, mais concretamente 46%, abandonou ou foi expulso do

programa. Menos de um quarto (17%) dos residentes do género feminino concluiu o programa de tratamento e pouco menos de 80%, isto é, 79% abandonou ou foi expulso do programa.

Ressalta-se aqui que 54,2% dos residentes do género feminino foram expulsas contra 18,4% dos homens. Isso pode estar na base do grande impacto nas baixas percentagens das mulheres que completam o programa de tratamento. Essa situação de expulsão pode ser explicada, através de Santamaria e Aljama (2004), que observaram que, inicialmente, as mulheres aceitam os limites e as normas no tratamento. Contudo, posteriormente, expõem enormes dificuldades para se manterem no cumprimento, reagindo negativamente à directiva, sendo que o confronto com a norma é mais forte do que nos indivíduos do género oposto.

Goñi *et al.* (2008), num estudo de uma amostra de 61 pacientes dependentes de heroína, cocaína, *speed ball* (mistura de ambas as substâncias), álcool, *cannabis* do *Proyecto Hombre* de Navarra, Espanha, encontraram taxas de abandono, oscilando entre 60 e 80 %, tanto no tratamento ambulatorial como no residencial. Os resultados encontrados por Ravndal *et al.* (2005), num estudo prospectivo de 13 programas, na Noruega, com uma amostra consecutiva de 307 sujeitos dependentes de heroína, álcool e outras substâncias psicoactivas, mostram que apenas 40% dos sujeitos completaram o tratamento indicado.

Diez *et al.* (2000), num estudo longitudinal com uma amostra com 231 sujeitos dependentes de heroína, cocaína, tabaco, álcool, anfetaminas, psicofármacos e hipnóticos, realizado na Unidade de Desabilitação Residencial “Balsa Blanca”, constataram que apenas 31,2% dos indivíduos concluíram com sucesso o programa de tratamento.

A proporção de não conclusão do programa de tratamento foi de 53,5%, mas a variação entre as diferentes formas de não conclusão foi considerável, entre 1 % de óbito e 27% abandono, relativamente ao género masculino, 0% de óbito e 54% de expulsão.

Isto indica que mesmo dentro da mesma modalidade de não conclusão de programa de tratamento psicossocial, as percentagens de não conclusão podem ser

muito distintas. Somente a duração do programa aparenta ser insuficiente para explicar essas diferenças e, ainda, deixa transparecer que a variação poderia dever-se a interacção dinâmica entre os dependentes de substâncias psicoactivas, os técnicos prestadores de cuidados e os factores do programa.

Apesar das limitações, o estudo apresenta alguns indicadores que possibilitam a compreensão das características dos indivíduos que influenciam a não conclusão do programa de tratamento.

Os resultados sugerem a necessidade de desenvolvimento de estratégias diferenciadas para atenção às mulheres, pois há um número reduzido do género feminino que procura o tratamento e ainda menos concluem o programa de tratamento.

Ainda, torna-se importante detectar precocemente, já na admissão, os pacientes portadores de factores que predispõem à não conclusão do programa de tratamento proposto na CTGSF, a fim de poder influenciar positivamente a sua resposta ao programa de tratamento, bem como o seu prognóstico. Parece também pertinente aprofundar a identificação de factores preditores de não conclusão do programa de tratamento, quer sejam intrínsecos aos indivíduos, quer sejam intrínsecos ao próprio programa de tratamento, para melhor compreender porque uns indivíduos concluem o programa de tratamento e outros não, aplicando um estudo qualitativo complementar a este. Isso provavelmente possibilitaria uma melhor compreensão do fenómeno estudado e facilitaria a mudança das práticas dos profissionais envolvidos no processo de tratamento dos dependentes químicos e, conseqüentemente, resultando numa melhor resposta ao programa de tratamento.

Capítulo VI: Conclusão

A dependência de substâncias psicoactivas é uma doença crónica que atinge diversas idades, iniciando-se prematuramente na adolescência, originando alterações importantes no âmbito biológico, psíquico, familiar, social e profissional. Vários são os dependentes químicos que procuram o tratamento na CTGSF, visando a sua recuperação. No entanto, esses consumidores, por diferentes motivos, acabam por não cumprir os objectivos propostos inicialmente.

Neste sentido, o presente estudo fornece elementos para o conhecimento de factores que contribuem para a não conclusão do programa de tratamento, visando melhorar os resultados do tratamento.

A resposta ao programa de tratamento dos dependentes de substâncias psicoactivas, constitui um fenómeno complexo e, por conseguinte, exige ponderação no momento de concluir sobre os factores que afectam a não conclusão do programa de tratamento. Neste sentido, os resultados deste estudo parecem confirmar tendências observadas por diferentes autores, que têm evidenciado que variáveis sociodemográficas e clínicas podem ser consideradas predictoras de não conclusão de programa de tratamento. Desta forma, oferece parâmetros para um possível prognóstico de resultados de tratamento, assente na presença ou ausência das características associadas aos mesmos, no sentido de reduzir as percentagens de não conclusão do programa de tratamento, consequência da influência de determinadas características dos dependentes químicos.

Em síntese, dos 215 indivíduos estudados, o perfil tipo da amostra estaria representado, enquanto as *variáveis sociodemográficas*, por um homem (89%), com uma idade média de 30,6 anos, solteiro (94%), com filhos (56,7%), que coabita com pai/mãe/ambos (33,5%), habilitado com ensino secundário (60,9%), de profissão elementar (38,1%) e desempregado (76,7%).

Atendendo ao *padrão de consumo de substâncias psicoactivas*, poderia assinalar que o perfil do usuário se caracteriza por um sujeito que não realizou nenhum tratamento anterior, cuja “média de tempo de permanência” ronda os 197 dias, sendo o tempo mínimo de um dia e o máximo de 1.187. Começou a usar drogas aos nove anos

de idade e a “primeira substância psicoactiva consumida” foi canabinóides (86,5%), mas foi a cocaína a que mais consumiu (98,1%), durante 14 a 16 anos e a droga que mais o levou ao tratamento (79,5%); usava duas drogas (72,6%), constituídas essencialmente, por canabinóides/ cocaína (72,6 %),

No que se refere às *comorbidades*, este indivíduo padece de “transtorno por uso de tabaco” (74,4%) e apresenta duas comorbidades (30,2%).

Com respeito à *variável resposta ao programa de tratamento*, pode-se indicar que o sujeito não concluiu o programa de tratamento (53,5 %).

A não conclusão do programa de tratamento aparenta estar influenciada pelas características sociodemográficas (género) e clínicas (número de comorbidades) dos residentes. O género e o número de comorbidades apresentadas predizem a não conclusão do programa de tratamento. Essas variáveis poderiam influenciar a tomada de decisão na selecção dos pacientes, na admissão, uma melhor preparação motivacional e de monitoramento durante o tratamento e, logicamente, orientar a equipa terapêutica para melhor intervir. De referir que a qualidade dos prontuários impediu análises mais aprofundadas. Neste sentido, o conteúdo e a qualidade do preenchimento dos processos clínicos da CTGSF, como de qualquer outro serviço de saúde, poderiam ser aprimorados.

Ao término deste trabalho, percebe-se que foi bastante gratificante, pois houve muita aprendizagem, apesar das suas limitações. Espera-se contribuir significativamente para a sensibilização a respeito deste fenómeno, de todos os que possam entrar em contacto com estes resultados, especialmente os profissionais de saúde.

Capítulo VII: Referências bibliográficas

- Agra, C. (1998). *Entre Droga e Crime*. Atores, Espaços, Trajectórias. Editorial Notícias. Lisboa.
- Almeida, A. J., Ferreira, M. A. F., Gomes, M. L. B., Silva, R. C., & Santos T. C. F. (2007). O adolescente e as drogas: consequência para a saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11 (4), 605-610. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n4/v11n4a08.pdf>
- Almeida, J. M. C., & Xavier, M. (1995). Avaliação e garantia de qualidade dos serviços de saúde mental. *Acta Médica Portuguesa*, 8, 119-131. Disponível em <http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/2669/2060>.
- Almeida, P. P. de, & Monteiro, M. F. (2011). Neuropsicologia e dependência química. In Diehl, A., Cordeiro, D. C., & Laranjeiro, R.R. (Orgs). *Dependência Química: Prevenção, tratamento e políticas públicas* (98-105). Poro Alegre: Artmed.
- Almeida, R. A. de (2013). *Fatores associados ao abandono do tratamento por usuários do centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas em João Pessoa*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil. Disponível em http://www.de.ufpb.br/~mds/DissertacoesAprovadas/Dissertacao_Rosilene_Alves_Almeida-2013.pdf.
- Altemar, A. L., McKay, J., Mulvaney, F. D., Cnaan, A., Cacciola, J. S., Turian, K. A., Rutherford, M. J., & Merikle, E. P. (2000). Baseline prediction of 7- month cocaine abstinence for cocaine dependence patients. *Drug and alcohol dependence*. 59 (3), 215-221.

- Alves, B. E. P., & Carneiro, E. O. de (2008). *Drogas psicoestimulantes: uma abordagem toxicológica sobre cocaína e metanfetamina*. Disponível em <http://www.cpgls.ucg.br/7mostra/Artigos/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/Drogas%20psicoestimulantes%20%20uma%20abordagem%20toxicol%C3%B3gica%20sobre%20coca%C3%ADna%20e%20metanfetamina.pdf>
- Alves, H. , kessler, F. ,& Ratto, L. R. C. (2004). Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (1), 51-53. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbp/v26s1/a13v26s1.pdf>.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 4th ed. revised*. Washington.
- Aminoff, M. J. (2007). *Neurology and General Medicine*. 4th. Ed.: Churchill Livingstone.
- Anderson, G. (2003). *Nida Notes*. National Institute of Drug Abuse. Us Department of Health and Human Services. National Institute of Health, 18 (4). Editors. From archives.drugabuse.gov/.nidanotes/NNVol18N4.p.
- Andrade, I. (1994). *A face oculta das drogas*. Porto: Porto Editora.
- Angel, P., Richard, D., & Valleur, M. (2002). *Toxicomanias*. 1ª.ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Araújo M. R., & Moreira, F. G. (2006). História das drogas: *In* D. Silveira, da.,& F. Moreira (Orgs.). *Panorama actual de drogas e dependências* (9-14). São Paulo, Brasil: Artheneu.
- Araújo, M. R., & Moreira, F. G. (2006). História das drogas: *In* D. Silveira, da., & F. Moreira (Orgs.). *Panorama actual de drogas e dependências* (9-14). São Paulo, Brasil: Artheneu.

- Araujo, N. B. de, Marcon, S. R., Silva, N. G., & Oliveira, R. T. de (2012). *Perfil clínico e sociodemográfico de adolescentes que permaneceram e não permaneceram no tratamento em um CAPSad de Cuiabá/MT*. Disponível em www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v61n4/06.pdf.
- Armstrong, T. D., & Costello, E. J. (2002). Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *Journal Consult Clinical Psychology*, 70, 1224-1239. From <http://devepi.duhs.duke.edu/library/pdf/15203.pdf>.
- Arnau, C. D. (1998). *El tratamiento de la drogodependencia y las Comunidades Terapéuticas*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid. 1988.
- Arnau, D. C. (201). *La metodología de la Comunidad Terapéutica*. Madrid: Fundación Atenea.
- Associação Americana de Psicologia. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. (DSM – IV – TR)*. Porto Alegre: ARTMED.
- Associação Americana de Psiquiatria. (2002). *DSM-IV-TR- Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. (4ª ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores
- Associação Brasileira de Psiquiatria (2012). *Projeto Diretrizes: Abuso e Dependência de Inalantes*. Disponível em www.abp.org.br/portal/educacao/diretrizes.
- Avila, H. C., & Lagha, P. A. (2005). Inhalants. In: Kranzler, H.R., & Ciraulo, D.A. *Clinical Manual of Addiction psycho-pharmacology*. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington, DC. London, England. pp.269-314.
- Azevedo, R. C. S, & Oliveira, K. D. (2011). Poliusuários de substâncias psicoativas. In Diehl, A., Cordeiro, D. C., & Laranjeira, R. *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. 1ª.ed. São Paulo: Artmed.

- Bados, A., Balaguer, G., & Saldaña, C. (2007). The efficacy of cognitive-behavior therapy and the problem of drop-out. *Journal Clinical of Psychology*, 63 (6), 585-592. From <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jclp.20368/abstract>
- Baltieri, D. A., Eric, C. S., Dias, J. C., Scivoletto, S., Malbergier, A., Nicastri, S. Jerônimo, C., & Andrade, A. G. de (2004). (2004). Diretrizes para o tratamento de pacientes com síndrome de dependência de opióides no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (4), 259-69. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26n4/a11v26n4.pdf>.
- Baptista, C., Moraes, A. T., Florindo, J., & Duarte, R. (2008). *Análise descritiva dos toxicodependentes com filhos*. Disponível em http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Artigos%20Ficheiros/2008/2/art05_vol14_N2.pdf.
- Batista, L. S. S. de, Batista, M., & Constantino, P. (2012). *Perfil dos usuários de substâncias psicoativas do Capsad em 2000 e 2009, Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro*. Disponível em http://journaldatabase.org/articles/perfil_dos_usuarios_substancias.html.
- Beltrão, M. A, Bernardo, W. M, Castro, L. A. G. P, Karniol, I. G, Kerr-Correia, F., Nicastri, S., Nobre, M. R. C., & Oliveira, R. A. (2003). Usuários. In: R. Laranjeira, R., de Oliveira, R. A., Nobre, M. R. C & Bernardo, W. M (Orgs.). *Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento*. 2.^a ed. São Paulo, Brasil: Associação Médica Brasileira
- Benbrahim, F. N., García, C. V, Sáez, B. L., Gastelurrutia, M. A., & Faus, M. J. (2009). Adherence: review of education, research, practice and policy in Spain. *Pharmacy Practice*, 7 (3), 125-138. From <http://scielo.isciii.es/pdf/pharmacin/v7n3/125-138.pdf>
- Benowitz, N. L. (1992). How toxic is cocaine? In Bock GR, Whelan J, editors. *Cocaine: scientific and social dimensions*. Chichester: John Wiley & Sons. P.125-142.

- Bergeret, J. (1988). «La personnalité du toxicomane». In J. Bergeret e J. Leblanc. *Précis des toxicomanies*, Paris, Masson
- Beynon, C. M., McMinn, A. M., & Marr, A. J. (2008). Factors predicting drop out from, and retention in, specialist drug treatment services: A case control study in the North West of England. *BMC Public Health*. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18460202>
- Bickel, W. K., Marion, I., & Lowinson, J. (1997). Treatment of alcoholic methadone patient: a review. *Journal of substance treatment*, 4, 15- 19.
- Borini, P., Guimarães, R. C., & Borini, S. B. (2003). Usuários de drogas ilícitas internados em um hospital psiquiátrico: padrões de uso e aspectos demográficos e epidemiológicos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52 (3), 171-197. Disponível em http://www.ufsj.edu.br/portal2repositorio/File/TECNOLOGIAS%20EM%20SAUDE/Pesquisa/QualidadesPsicometricasQLS_2003.pdf#page=6.
- Bossato, J. P. (2005). *A Co-Dependência ao Álcool e à Nicotina em Pacientes do Programa de Atendimento ao Alcoolista da UFES*. (Trabalho de Conclusão de Curso- Enfermagem e Obstetrícia). Vitória: Departamento de Enfermagem/Universidade Federal do Espírito Santo.
- Brady, K. T., Sonne, S., Randall, C. L., Adinoff, B., & Malcolm, R. (1995). Features of cocaine dependence with concurrent alcohol abuse. *Drug Alcohol Dependence*, 39(1), 69-71. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7587977>.
- Brands, B., Sproule, B., & Marshman, J. (1998). *Drugs and drug abuse*. Addiction Research Foundation, 3^a. Edition, Toronto.
- Brands, B., Sproule, B., & Marshman, J. (1998). *Drugs & Drug Abuse*. (3.^a ed.). Toronto, Ontario: Addiction Research Foundation. Editors

- Brasiliano, S. (2005). *Comorbidade entre dependência de substâncias psicoativas e transtornos alimentares: perfil e evolução de mulheres em um tratamento específico para dependência química*. (Tese de Doutorado). Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-21082007-113755/pt-br.php>
- Brasiliano, S., Hochgraf, P. B., & Torres, R. S. (2002). Comportamento sexual de mulheres dependentes químicas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (2), 5-25. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000600003.
- Brewel, C., & Streel, E. (2003). Implantes de Naltrexona: un avance terapêutico tanto terapêutico como farmacológico. *Adicciones*, 15, 299-308. Disponível em <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=785767>.
- Brewer, D. D., Catalano, R. F., Haggerty, K., Gainey, R. R., & Fleming, C.B. (1998). A meta-analysis of predictors of continued drug used during and after treatment for opiate addiction. *Addiction*, 93, 73-92. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9624713>.
- Brody, S. L., Slovis, C. M., Wrenn, K. D. (1990). Cocaine-related medical problems: consecutive series of 233 patients. *American Journal Medicine*, 88, 325-31. From <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/000293439090484U>.
- Brown, R. A., Monti, P. M., Myers, M. G., Martin, R. A., Rivinus, T., & Dubreuil, M.E.T. (1998). Depression among cocaine abusers in treatment: Relation to cocaine and alcohol use and treatment outcome. *American Journal of Psychiatry*, 155: 220-5 . From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9464201>
- Brown, S. B., O'Grady, K. E., Battjes, R. J., & Katz, C. E. (2004). The community assessment inventory- cliente views of support to drug abuse treatment. *Jornal of substances abuse treatment*, 27 (3), 241-251.
- Cacho, J. M. S., & Jiménez, M. P. M. del (2010). *Eficiencia en el tratamiento de adicciones en un contexto residencial*. Disponível em <http://www.unad.org/actualidad/opinion/53470.html>.

- Calheiros, P., Andretta, I., & Oliveira, M. (2006). Avaliação da motivação para mudança nos comportamentos aditivos. *In: Werlang, B. S., & Oliveira, M. S., editors. Temas em Psicologia Clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cantwell, B., & McBride, A. J. (1998). Self detoxification by amphetamine dependent patients: a pilot study. *Drug Alcohol Dependence*, 49 (2), 157-163. From <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=search.displayRecord&UID=1998-01040-005>.
- Capistrano, F. C., Ferreira, A. C. Z., Silva, T. L., Kalinke, L. P., & Maftum, M. A. (2013). Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de Prontuários. *Revista de Enfermagem, Escola Anna Nery* (impr.) 17 (2), 234-241. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a05.pdf>.
- Carlini, E. A. Nappo, S. A. Galduróz, J. C. F., & Noto, A.R. (2001). Drogas psicotrópicas- o que são e como agem. *Revista IMESC*, nº.3, p.935. Disponível em <http://www.imesc.sp.gov.br/pdf/artigo%201%20%20DROGAS%20PSICOTRÓPICAS%20O%20QUE%20SÃO%20E%20COMO%20AGEM.pdf>.
- Carlini, E. A., Nappo, S. A, & Galduróz, J., M. (2003). Changes in cocaine use as viewed by key informants: a qualitative study carried out in 1994 and 1999 in São Paulo, Brazil. *Journal of Psychoactive Drugs*, San Francisco, 33 (3), 241-253.
- Carlini, E.A. (2004). The good and the bad effects of (-) Trans-delta-9-tetrahydrocannabinol (Delta (9)-THC) on humans. *Toxicon*, 44 (4), 461-467.
- Carlini, E. A., Galduróz, J. C., Noto, & A. R, Nappo, S. A. (2002). *Iº Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil*. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas São Paulo: UNIFESP.
- Carlini, E. A., Galduróz, J. C. F., Noto, A. R., Fonseca, A. M., Carlini, C. M., & Oliveira, L. G. (2007). *II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País- 2005*. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas.

- Carlson, R.G., Sexton, R., Wang, j., Falck, R., Leukefeld, C.G., & Booth, B.M. (2010). predictors of substance abuse treatment entry among rural illicit stimulant users in Ohio, Arkansas, and Kentucky. *Substance Abuse*, 31(1), 1-7. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20391264>.
- Carter, T. M. (1998). The effects of spiritual practices on recovery from substance abuse. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5 (5), 409 -413.
- Castro, B. L. G. de, Lucíola, F. L.G.G.C., Noronha, C. K. C. de, Carvalho, P.M. A. L. de, Castro, I. L. P. G. M. de (2012). *Levantamento sociodemográfico do uso/abuso do crack e adictos em tratamento (2012)*. Disponível em <http://177.184.194.68/cbcenf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I41135.E10.T7807.D6AP.pdf>.
- Cavalcante, M. B. P. T, Alves, M. D. S., & Barroso, M. G. T. (2008). Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12 (3), 555-559. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n3/v12n3a24>.
- Cesar, B. A. L. (2006). Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades. Resultados preliminares. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55 (3), 208-211. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/V55n3a6.pdf>.
- Comissão de Coordenação do Combate à Droga. (2010). *Tratamento: Comunidade Terapêutica Granja São Filipe*. Disponível em <http://www.cccd.cv/article/27>.
- Comissão de Coordenação do Combate à Droga-Ministério da Justiça. (2013). *1º Inquérito Nacional sobre a prevalência de consumo de substâncias psicoativas na população geral*. Praia: Autor.
- Comité de Coordenação do Combate à SIDA. (2011). *Cartografia e estudo sócio comportamental e de seroprevalência do VIH/Sida nas profissionais de sexo (Relatório de Pesquisa/2011)*. Praia: Autor.

- Comptom, W. M., Grant, B. F., Colliver, J. D., Glantz, M. D., & Stinson, F. S. (2004). Prevalence of marijuana use disorders in the United States 1991-1992 and 2001-2002. *JAMA*, 291 (17), 2004.
- Copeland, J., & Hall, W. (1992). A comparison of predictors of treatment drop-out of women seeking drug and alcohol treatment in specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services. *British Journal of Addiction*, 87, 883-890.
- Cordeiro, M. (2004). *Dos 10 aos 15, adolescentes e adolescências*. (II Vol. 2.^a ed.). Jardim dos Ulmeiros. Publisher Team.
- Costa, M., & Barreto, S. (2003). Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 12 (4). Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>.
- Cotrim, C. B. (1995). Inhalant Use among Brazilian. *Nida Research Monograph*, 148, 64-78. From <http://archives.drugabuse.gov/pdf/monographs/download148.html>
- Darke, S., & Hall, W. (1995). Levels and correlates of polydrug use among heroin users and regular amphetamine users. *Drug Alcohol Dependence*, 39, 231-235. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8556972>.
- Darke, S., Campbell, G., & Popple, G. (2012). Retention, early dropout and treatment completion among therapeutic community admissions. *Drug and alcohol review*, 31 (1), 64-71. From <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.14653362.2011.00298.x/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>.
- Darke, S., Campbell, G., & Popple, G. (2012). Retenção, evasão e tratamento precoce conclusão entre terapêuticas admissões comunidade. *Drogas Álcool Revista*, 31, 64-71. Disponível em <http://www.drugfields.org.au/research-in-brief/2012/2/9/retention-early-dropout-and-treatment-completion-among-thera.html>.

- David, M., Geada, M., & Neto, D. (1997). Influência dos factores sociodemográficos e familiares na evolução terapêutica de heroinodependentes no programa de tratamento combinado por etapas. Restelo. Lisboa. *Acta Médica Portuguesa*, 12, 899-904. Disponível em <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/2526/1940>
- Dawe, S., Loxton, J. N., Kavanagh, D. J., & Mattick, R. P. (2002). *Review of diagnostic screening instrument for alcohol and other drug use and other psychiatric disorders*. 2ª. ed. Common Health of Australia.
- Dias, J. C., & Pinto, I.M. (2006). Substâncias psicoactivas: Classificações, Mecanismo de acção e feitos sobre o organismo: *In* D. Silveira, & F. Moreira (Orgs.). *Panorama actual de drogas e dependências* (39 - 49). São Paulo: Artheneu.
- Dias, J.C, & Pinto, I.M. (2006). Substâncias psicoactivas: classificações, mecanismos de acção e efeitos sobre o organismo: *In* Silveira, D. da, & Moreira (Orgs.). *Panorama Atual de Drogas e Dependências* (40-49). São Paulo, Brasil: Artheneu.
- DiClemente, C.C, Bellino L.E., & Neavins, T.M. (1999). Motivation for change and alcoholism treatment, *Alcohol research and health*, 23 (2), 86-92.
- Diehl, A, Cordeiro, D. C., & Laranjeiro, R (2010). Dependência de múltiplas substâncias em poliusuários de drogas. *In* Diehl, A, *et al. Tratamentos farmacológicos para dependência química: da evidência científica à prática clínica*. 1ª.ed. p. 317-23. São Paulo: Artmed.
- Diehl, A., Cordeiro, D. C., Laranjeira, R. (2010). Dependência de múltiplas substâncias em poliusuários de drogas. *In*: Diehl, A *et al. Tratamentos farmacológicos para dependência química: da evidência científica à prática clínica*. 1.ª ed. São Paulo Artmed.p. 317-323.

- Diehl, A. Cordeiro, D. C., & Laranjeira, R. (2010). Abuso de *cannabis* em pacientes com transtornos psiquiátricos: atualização para uma antiga evidência. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32 (1), 541-545. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s1/a07v32s1.pdf>.
- Diez, P. S, Alcoriza. J. V. P., & Badía. M. A. P. (2000). Variables predictoras de evolución en una unidad de deshabituación residencial. *Adicciones*, 12 (4), 487-491. Disponível em <http://www.adicciones.es/files/487-491%20Original.pdf>.
- Dishman, R. K. (1998). Determinants of physical activity and exercise for persons 65 years of age or older. In American Physical Academy of Physical Education. Activity and aging. Champaign: Human Kinetics. *American Academy of Physical Education Papers*, 22,140-162.
- Drieschner, K. D., Lammers, S. D., & Staak, C. P. (2004). “Treatment motivation: an attempt clarification of ambiguous concept”. *Clinical Psychology Review*, 23, 1115-1127.
- Duailibi, L. B, Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2008). Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (4), 545-557. From <http://www.scielo.br/scielo.php?>
- Duailibi, L. B., Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2008). Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (4), 545-557. Disponível em http://www.abead.com.br/artigos/arquivos/perfil_usuario_coca_crack.pdf2008.
- Dudley, R. F. (2002). Fermenting fruit and historical ecology of ethanol ingestion: Is alcoholism in modern humans an evolutionary hangover? *Addiction*, 97,381- 388.
- Dunn, J, Ferri, C. P., & Laranjeira, R. (2001). Does multisite sampling improve de patient heterogeneity in drug misuse research? *Drug Alcohol Depend*, 63 79- 85. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11297833>.

- Dunn, J., Laranjeira, R. (1999). Cocaine- profiles, drugs histories, and patterns of use of patients from Brasil. *Substance Use and Misuse*, 34 (11), 1527-1548. From <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s4/07.pdf>.
- DuPont, R. L. (1991). *Crack cocaine: a challenge for prevention*. Rockville: U.S.Department of Health and Human Services, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration. OSAP prevention monograph.
- DuPont,L.R. (2005). *Cérebro, álcool e drogas o cérebro egoísta: aprender com dependências*. Lisboa: Stória Editores.
- Edelen, M. O., Tucker, J. S., Wenzel, S. L., Paddock, S. M., Ebener, P. A., Dahl, J., & Mandell, W. (2007). Treatment process in the therapeutic community: Associations with retentions and outcomes among adolescent residential clients. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 32,415-421.
- Elbreder, M. F, Laranjeira, R.,Siqueira, M. M., & Barbosa, D. A. (2008). Perfil de mulheres Usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. *In Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57 (1),9-13.Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a03.pdf>.
- Ellenhorn, M. J., & Schonwald. S., Ordog, G., & Wasserberger, J. (1997). Amphetamines and designer drugs. *In* Ellenhorn, M. J., Schonwald, S., Ordog, G., Wasserberger, J., (editors). *Ellenhorn's medical toxicology - diagnosis and treatment of human poisoning*.Maryland: William & Wilkins, PP.340-355.
- Ellenhorn, M. J. (1992). The Alcohols. *In* Hall, J.B., Schmidt, G.A., & Wood, L.H.D. (editors). *Principles of critical care*. New York: McGraw-Hill; p. 2080-2093.
- Ellenhorn, M. J., Schonwald, S., Ordog, G., & Wasserberger, J. (1997). *Ellenhorn's medical toxicology: diagnosis and treatment of human poisoning*. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Escohotado, A. (1996). *Historia de las drogas*, Madrid: Alianza Editorial.

Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. (2009). *Programa Regional para a África Ocidental 2010-2014*. Disponível em http://www.unodc.org/documents/westandcentralafrica/FINAL_RP_PT_complete_15032011.pdf

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2004). *Co-morbidity: In EMCDDA 2004 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. From www.emcdda.europa.eu/attachements.../att_37366_PT_sel2004_3-pt.pdf

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2012). *United Kingdom drug situation: annual report on the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) 2011*. From www.emcdda.europa.eu/.../att_214116_EN_UnitedKingdom_NR2012.p...

Everett, S. A. Warren, C. W., Sharp, D., Kann, L., Husten, C. G., & Crossett, L. S. (1999). Initiation of cigarette smoking and subsequent smoking behavior among U.S. High school students. *Preventive Medicine*, 29, 327-233. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10564623>.

Everett, S. A., Warren, C. W., Sharp, D., Kann, L., Husten, C. G., & Crossett, L. S. (1999). Initiation of cigarette smoking and subsequent smoking behavior among U.S. High school students. *Prevention Medicine*, 29, 327-33. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10564623>.

Faria, J. G. de, & Schneider, D. R. (2009). *O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental*. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n3/a05v21n3.pdf>.

Feijão, F. (2004). Aspectos epidemiológicos do uso de drogas. In Ferreira-Borges, C., & Filho, H. C. *Alcoolismo e Toxicodependência: Manual Técnico 2* (55-82). Projecto Álcool, Tabaco, Drogas. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.

Fergusson, D. M. (2001). The comorbidities of cannabis use: a comment on Degenhardt *et al.* *Addiction*, 96 (12), 1861-1863.

- Ferreira, A. M. C. (2007). Gravidade de dependência e motivação para tratamento. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0088.pdf>.
- Ferreira, O. F. Filho, Turchi, M. D., Laranjeira, R., & Castelo, A. (2003). Perfil Sociodemográfico e padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Revista de Saúde Pública*, 37 (6), 751-759. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n6/18018.pdf>.
- Ferri, C. P., Laranjeira, R., Silveira, D. X. da, J. Dunn, J., & Formigoni, M. L. O. S. (1997). Aumento da procura de tratamento por usuário de crack em dois ambulatório na cidade de São Paulo, nos anos de 1990 a 1993. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 43 (1), 25-28. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v43n1/2068.pdf>.
- Figlie, N. B., Bordin, S., & Laranjeiro, R. (2010). *Aconselhamento em Dependência Química*. 2.ed. São Paulo: Roca.
- Fiorini, H. J. (2004). *Teoria e técnica de psicoterapias*. São Paulo: Martins Fontes, 1ª ed. Disponível em <http://pt.scribd.com/doc/145718154/Teoria-e-Tecnica-de-Psicoterapias-Hector-Juan-Fiorini>
- Fishman, J., Reynolds, T., & Riedel, E. (1999). A retrospective investigation of an intensive outpatient substance abuse treatment program. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25, 185-196. <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1081/ADA-100101854>.
- Fleisch, B. (1991). *Approaches in the treatment of adolescents with emotional and substance abuse problems*. Washington (DC): DHHS Pub. (ADM) 1744-1791Supt. From <https://www.ncjrs.gov/App/publications/Abstract.aspx?id=145307>.
- Flynn, P. M., & Bronw, B. S. (2008). Co- occurring disorders in substance abuse tretment: issues and prospects. *Journal Substance Treatment*, 34 (1), 36-47. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2200799/>.

- Foltin, R. W., Fischman, M. W., & Levin F. R. (1995). Cardiovascular effects of cocaine in humans: laboratory studies. *Drug Alcohol Dependence*, 37 (3), 193-210. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7796714>.
- Foote, J., Seligman, M., Magura, S., Handelsman, L., Rosenblum, A., Lovejoy, M., Arrington, K., & Stimmel, B. (1994). An enhanced positive reinforcement model for the severely impaired cocaine abuser. *Journal substance Abuse treatment*, 11(6), 525-539. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7884836>.
- Fracasso, L. (2011). Características da Comunidade Terapêutica. In Serrata, S. M. *Drogas e Álcool Prevenção e Tratamento*. 6ª. ed. Campinas SP: Komedi, P. 272-288.
- Franco, F. O., Turchi, M. D., Laranjeira, R., & Castelo, A. (2003). Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Revista de Saúde Pública*, 37 (6), 751-759. Disponível em www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102003000600010&script=sci_arttext
- Fredrichson, P., Boules, M., Lin, S. C., & Richelson, E. (2005). Neurobiologic basis of nicotine addiction and psychostimulant abuse: a role for neurotensin? *Psychiatry Clinic North America*, pp.737-746.
- Fuller, R. K. (1991). Assessment of treatment outcome. Alcohol and alcoholism. *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 1, 519-522.
- Galaif, E. R., & Newcombs, M. D. (1999). Predictors of polydrug use among four ethnic groups: a 12 year longitudinal study. *Addictive Behaviors*, 24 (5), 607-631. From <http://youthandreligion.nd.edu/related-resources/bibliography-on-youth-religion/substance-use/>.
- Galduróz, J. C., Noto, A. R., & Carlini, E. A. (1997). *IV Levantamento sobre o uso de drogas entre o 1º e 2º grau em 10 capitais estudantes de 1 brasileira*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID).

- Galduróz, J. C. F. (2006). *Módulo 1: Capítulo 2: Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil: peculiaridades regionais e populações específicas*. Disponível em ufrb.edu.br/.../5-curso-de-atualizacao-sobre-intervencao-breve-e-aconsel.
- Garland, E. L., Howard, M. O. (2011). Adverse Consequences of Acute Inhalant intoxication. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 192, 134- 144. From <http://psycnet.apa.org/journals/pha/19/2/134/>
- Garland, E. L., Howard, M. O., Vaughn, & M. G., Perron, B. E. (2011). Volatile Substance Misuse in the United States. *Substance Use & Misuse*, 46, 8-20. From www.researchgate.net/...Volatile_substance_misuse_i.
- Gavazzoni, J. A. (2008). *Avaliação do efeito de um programa de intervenção Comportamental sobre o comportamento de fumar cigarros*. (Dissertação de Mestrado). Londrina: UEL.
- Geter, R. S. (1994). Drug user settings: a crack house typology. *International Journal of Addict*, 29 (8), 1015-1027.
- Giannini A, & Collins, G. B. (2001). Substance abuse and thought disorders. In Gold, M. S., & Slaby, A. E. *Dual diagnoses in substance abuse*. New york: Marce dekker.
- Giannini, A., Collins, G. B. (2001). Substance abuse and thought disorders. In: Gold, M. S., & Slaby, A. E. *Dual diagnoses in substance abuse*. New york: Marcel dekker, Inc.
- Gigliotti ,A., & Lemos, T. (2005). Comorbidade Psiquiátrica em Tabagismo × Dependência de Álcool e outras substâncias. *Revista ABEAD-Associação Brasileira de Estudo de Álcool e outras Drogas*. São Paulo: ABEAD.p.55-60. Disponível em www.revistas.usp.br/smad/article/download/38703/41554.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6ª.ed. São Paulo: Atlas.

- Gil, I. A., & Arroyo, A. O. (2010). La coordinación entre las redes generales y los centros residenciales. In Arnau, D.C. (Org.). *La metodología de la Comunidad Terapéutica*. Madrid, Espanha: Fundación Atenea.
- Goeb, J. L., Coste, J., Bigot, T., & Ferrand, I. (200). Prospective study of favorable factors in follow – up of drugs addict patients apropos of 257 patients of the Cassini Center in Paris. *Encephale*, 26 (6), 11-20.
- Gold, M. S. (1993). *Cocaine*. New York: Plenum Medical Book Company.
- Gold, M.S. (1996). *Cocaine*. New York. Plenum Medical Book Company.
- Gomes, F. C., Cunha, H., Carvalho, A., Silva, A., Dias, C., & Feijão, F. (2004). *Usos, abusos e dependências: alcoolismo e Toxicodependência*. Lisboa: Climepsi.
- Goñi, J. J. L. (2005). *Evaluación de la eficácia de la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre de Navarra*. (Tese Doutorado). Universidad Pública de Navarra, Departamento de Psicología y Pedagogía, Pamplona, España. Disponível em <http://www.proyectohombrenavarra.org/documentacion/tesisjope.pdf>.
- Goñi, L. J. J., Montalvo, F. J., Illescas, C., N. Landa, & Lorea, E. I. (2008). *Razones para el abandono del tratamiento en una comunidad terapêutica*. Disponível em http://www.researchgate.net/publication/28222878_Razones_para_el_abandono_d_el_tratamiento_en_una_comunidad_teraputica.
- Gorenstein, C., Pompéia, S. (1999). Farmacocinética e Farmacodinâmica dos benzodiazepínicos. In Bernik, M. A. (editor). *Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência*. São Paulo, Bernik, M. A.
- Grella, C. E., Hser, Y. I., Joshi, V., & Rounds-Bryant, J. (2001). Drug treatment outcomes for adolescents with comorbidity mental and substance use disorders. *Journal Nerv Mental Disease*, 189 (6), 384-392. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11434639>

- Grella, C., Hser, Y., & Hsieh, S. (2003). Predictors of drug treatment re-entry following relapse to cocaine use in DATOS. *Journal Substance Abuse Treatment*, 25, 145-154. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14670520>.
- Grella, C., Stein, J. (2006). Impact of program services on treatment outcomes of patients with co-morbid mental and substance use disorders. *Psychiatric Services*, 57, 1007-1015. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1904429/>.
- Griffiths, P., Mounteney, J., Lopez, D., Zobel, F., & Götz, W. (2011). Monitoring the European drug situation: the ongoing challenge for the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). From www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21539630.
- Griffiths, P., Mounteney, J., Lopez, D., Zobel, F., Götz, W. (2011). Monitoring the European drug situation: the ongoing challenge for the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21539630>
- Guidetti, V., & Galli, F. (2012). Comorbidade psiquiátrica. Sociedade Brasileira de Cefaleia. São Paulo. Disponível em [http://www.sbcefaleia.com/associados/index.php?option=com_k2&view=item&id=55:comorbidade psiqui%C3%A1trica&Itemid=567](http://www.sbcefaleia.com/associados/index.php?option=com_k2&view=item&id=55:comorbidade%20psiqui%C3%A1trica&Itemid=567).
- Guimarães, C. F., Santos, D. V. V., Freitas, R. C., & Araújo, R. B. (2008). Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro em Porto Alegre (RS). *Revista de Psiquiatria*, 30 (2), 101-108. Disponível em [http://twiki.ufba.br/twiki/bin/view/CetadHYPERLINK"http://twiki.ufba.br/twiki/bin/view/CetadObserva/Obra554"Observa/Obra554](http://twiki.ufba.br/twiki/bin/view/CetadHYPERLINK'http://twiki.ufba.br/twiki/bin/view/CetadObserva/Obra554'Observa/Obra554)
- Guindalini, C., Vallada, H., Breen, B., & Laranjeira, R. (2006). Concorrent crack and powder cocaine users from São Paulo. Do they represent different group? *BMC PUB Health*, 6, 10. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1388201/>.

- Hadjiefthyvoulou, F., & Fisk, J. E. (2011). Montgomery C, Bridges N. Prospective Memory functioning among ecstasy/polydrug users: evidence from the Cambridge Prospective Memory Test (CAMPROPT). *Psychopharmacology*, 215(4), 761-774. From http://www.academia.edu/911749/Prospective_memory_functioning_among_ecstasy_polydrug_users_evidence_from_the_Cambridge_Prospective_Memory_Test_CAMPROPT_
- Hall, W., Hando, J., Darke, S., & Ross, J. (1996). Psychological morbidity and route of administration among anfetamine users in Sidney, Australia. *Addiction*, 91, 81-87. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8822016>.
- Hallfors, D. D., & Saxe, L. (1993). The dependence potencial of short half-life benzodiazepines: a meta-analysis. *American Journal Public Health*, 83 (9), 1300-1304.
- Hatsukami, D. K., & Fischman, M. W. (1996). Crack cocaine and cocaine hydrochloride. Are the differences myth or reality? *JAMA*, 276, 1580-1587. From <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=410806>
- Heim, J., & Andrade A.G. (2008). Efeitos do uso do álcool e das drogas ilícitas no comportamento de adolescentes de risco: uma revisão das publicações científicas entre 1997 e 2007. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35 (1), 61-64. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010160832008000700013&script=sci_arext.
- Hervás, E. S., Villa, R. S., Gómez, F. J. S., Romaguera, F. Z., Rodríguez, O. G., Yanez, E. M., & Fernández, G. G. (2010). Abandono del tratamiento en adictos a la cocaína. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 22 (1), 59-64. Disponível em <http://www.adicciones.es/files/59-64%20sanchez-hervas.pdf>.
- Hervás, E. S., Gradolí, T. V., Gallús, E. M., Gurrea, R. del, & Bou, N. M. (2002). Características clínicas en tres grupos de dependientes a drogas. *Salud y droga*, 2 (2), 28-40. Disponível em <http://www.redalyc.org/pdf/839/83920204.pdf>.

- Hess, A. R. B., Almeida, R. M. M. de, & Moraes, A. L. (2012). Comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos em abstinência em ambiente protegido. *Estudos de Psicologia*, 17 (1), 171-178. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n1/21.pdf>.
- Hirschfeld, R. M. A. (1993). General Introduction. In Benzodiazepines - Report of the W. P. A. Presidential Educational Task Force; Edited by Y. Pelicier.
- Hoffman, J. A., Caudill, B. D., Koman, J. J., 3rd, Lukey, j. W., Flynn P. M., & Humbard, R. L. (1994). Comparative abuse cocaine treatment strategies.Enhancing client retention and treatment exposure. *Journal of Addictive Diseases*, 13 (4), 115-128. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7734463>.
- Hopwood, C. J., Morey, L. C., Skodol, A. E., Sanislow, C.A., Grilo, C. M.,Ansell, E. B., McGlashan, T. H., Markowitz, J. C., Pinto, A., Yen, S., Shea, M. T., Gunderson, J.G., Zanarini, M.C., & Stout,R.L.(2011). Pathological personality traits among patients with absent, current, and remitted substance use disorders. *Addict Behavior*, 36 (11), 1087-1090. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3412532/>.
- Horta, R. L., Horta, B. L., & Pinheiro, R. T. (2006). Drogas; famílias que protegem e que expõem adolescentes ao risco. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55 (4), 268-272. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v55n4/a02v55n4.pdf>.
- Howard, M. O., Perron, B. E., Sacco, P., Ilgen, M., Vaughn, M. G., Garland, E., & Freedentahl, S. (2010). Suicide ideation and attempts among inhalant users results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Suicide Life Threat Behavior*, 40, 276-286. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20560749>.
- Hser, Y. I., Joshi, V., Anglin, M. D., & Fletcher, B. (1999). Prediting post treatment cocaine abstinence for first time admissions and treatment repeaters. *American Journal of Public Health*, 89 (5), 666-671.

- Hser, Y., Evans, E., Huang, D., & Anglin, D. (2004). Relationship between drug treatment services, retention, and outcomes. *Psych Services*, 55, 767-774. Fom <http://www.drugfree.org/join-together/other/study-quality-of-care-during>.
- Iglesias, V., Cavada, G., Silva, C., & Cáceres, D. (2007). Consumo precoz de tabaco y alcohol como factores modificadores del riesgo de uso de marihuana. *Revista de Saúde Pública*, 41 (4), 517-522. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n4/5822.pdf>.
- Instituto da Droga e Toxicodpendência (2011). *Linhas orientadoras param o tratamento e reabilitação em comunidades terapêuticas*. Disponível em <http://www.idt.pt/PT/Tratamento/Documents/LinhasOrientadorasTratamentoReabilitacaoComunidadesTerapeuticas.pdf>.
- Instituto Nacional de Estatística e Instituto de Emprego e Formação Profissional. (2009). *Classificação Nacional das Profissões de Cabo Verde, 1.ª Revisão*. Disponível em <http://www.ine.cv/forumsine/Paginas/Ficheiros/CaboVerde/CP/CNPVersao%20final%2025-09-10.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística. (2010). *Recenseamento Geral da População e Habitação*. Disponível em <http://www.ine.cv>.
- Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas. (2011). *La Comunidad Terapéutica*. Disponível em: <http://www.nida.nih.gov/ResearchReports/Terapeutica/Terapeutica.html>.
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. (2003). *La Comunidad Terapéutica*, Washington, NIDA.
- Jaffe, S. L. (2002). Treatment and relapse prevention for adolescent substance abuse. *Pediatric Clinics of North America*, 49, 345-352.

- Janeiro, L. B. (2007). Motivação para o tratamento: Estratégias psicoterapêuticas no tratamento da toxicodependência. *Toxicodependências*, 13 (1), 49-58. Disponível em www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/.../2007/.../2007_01_TXT6.
- Jatobá, D. F., Júnior, O. G. L., Calheiros, M. G. F. das (2012). Clínicas involuntárias e comunidades terapêuticas para dependentes químicos: há como sobreviver sem elas? *Psicologia & Saberes*, 1 (1), 58-63. Disponível em www.fejal.com.br/revista/index.php/psicologia/article/download/45/24
- Jesus, C. F. de, & Rezende, M. M. (2008). Dirigentes de instituições que assistem dependentes químicos no Vale de Paraíba. *Estudos de Psicologia*, 25 (4), 499-507. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a04v25n4.pdf>.
- Jha, P., & Chaloupka, F. J. (1990). *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. Washington: World Bank.
- Jimmy, B., & José, J. (2011). Patient Medication Adherence: Measures in Daily Practice. *Oman Medical Journal*, 26, 155-9. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3191684/~>
- Joe, G. W., Simpson, D. D., Szal, R. G & Greener, J. M. (1999). Integrative modeling of client engagement outcomes during the first 6 months of methadone treatment. *Addictive behaviours*, 24 (5), 649-659.
- Juárez, A. O. R. (2002). *Factor de riesgo para el consumo de tabaco en una población de adolescentes escolarizados*. (Tese de especialidade). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, De Cana de América, Perú. Disponível em <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1008RABfac.pdf>
- Juergens, S. M., & Cowley, D. (1998). The Pharmacology of Sedatives-Hypnotics in *In* Graham, A. W., & Schultz, T. K. *Principles of addiction medicine*. Chevy Chase: ASAM 2, 117-130.

- Jungerman, F.S., & Iaranjeira, R. R. (2008). Characteristics of cannabis users seeking treatment in São Paulo, Brazil: *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23 (6), 384-393. From <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v23n6/a03v23n6.pdf>
- Kalina, E., & Kovadloff, S. (1988). *Drogadicção*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Kandel, D., & Yamaguchi, K. (1993). From beer to crack: developmental patterns of drug involvement. *American Journal Public Health*, 83 (6), 851-855. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1694748/>.
- Kenna, G. A., Nielsen, D. M., Mello, P., Schiesl, A., & Swift, R. M. (2007). Pharmacotherapy of dual substance abuse and dependence. *CNS Drugs*, 21(3), 213-237. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17338593>.
- Koller *et al.* (2003). Complicações clínicas do consumo de crack. In Ribeiro M, Laranjeira, R. *O tratamento do usuário de crack*. 1ª.ed. São Paulo, P. 74-98.
- Lacks, V. & Julião, A. (2006). Transtornos relacionados ao uso de drogas: avaliação diagnóstica e uso de instrumentos de avaliação psiquiátrica. In D. DaSilveira & Moreira (Orgs.). *Panorama Actual de Drogas e Dependências* (59-66). São Paulo, Brasil: Artheneu.
- Lacks, V. & Quaglia, G. (2006). Término do tratamento. In D. Silveira. da, & Moreira (Orgs.). *Panorama Actual de Drogas e Dependências* (129-133). São Paulo, Brasil: Artheneu.
- Laíns, M. C. (2006). *Padrões de Consumo de Álcool em Programa de Substituição de Metadona*. Coimbra: Trabalho realizado no âmbito do concurso interno, de acesso à categoria de Assessor da carreira Técnica Superior de Saúde – Ramo de Psicologia Clínica, do I.D.T
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (2010). *Fundamentos de metodologia científica*. 7ª.ed. São Paulo: Atlas.

- Lange, R. A., & Hillis, L. D. (2001). Cardiovascular complications of cocaine use. New England. *Journal of Medicine*, 345 (5), 351-358. From <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejm200108023450507>.
- Laranjeira, R., Dunn, J., Rassi, R., & Fernandes, M. (1996). "Extase" (3,4) Metilenodioximetanfetamina-MDMA: uma droga velha e um problema novo. *Revista APB-APAL*, 18 (3), 77-81. Disponível em <http://www.worldcat.org/title/extase-34-metilenodioximetanfetamina-mdma-uma-droga-velha-e-um-problema-novo/oclc/69887869>.
- Laranjeira, R., Oliveira, Reinaldo A. de, Nobre, M. R. C., Bernardo, Wanderley, M. (2003). Associação Médica Brasileira. (2003). *Usuários diagnósticos e tratamento*. 2ª. Edição. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/ Associação Médica Brasileira, p.120.
- Laranjeira, R., Zaleski, M., & Ratto, L. (2004). Comorbidades psiquiátricas: uma visão global. In *Comorbidades: transtornos mentais x transtornos por uso de substância de abuso*. São Paulo: ABEAD, p.07-11.
- Laredo, M. L., Orejudo, S., & Carrobbles, J. A. (2005). Variables psicosociales en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adscritos a un programa de mantenimiento con metadona. *Psicothema*, 17, 267-271. Disponível em <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3148>.
- Laudet, B. A., & William, L. W. (2008). *Capital de Recuperação como Prospective Predictor de recuperação sustentada, satisfação com a vida e estresse entre os ex- usuários de poli-substâncias*. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2211734/>
- Leite, M. C. (1996). *Relações entre dependência de cocaína e transtorno depressivo: contribuição para o estudo da comorbidade psiquiátrica em pacientes dependentes de substâncias psicoativas*. (Tese de Doutorado). São Paulo: Universidade de São Paulo.

- Leite, M. C. (1999). *Fatores preditivo de resposta terapêutica em tratamento ambulatorial para dependentes de cocaína*. (Tese de Doutorado). São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Leon, G. de (1993). *A Comunidade Terapêutica Teoria Modelo e Método*. São Paulo: Edições Loyola, p.14-21.
- Leon, G. de (2003). *A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método*. São Paulo: Loyola.
- Leon, G. de (1994). The Therapeutic Community: Toward a General Theory and Model. In National Institute on Drug Abuse. *Therapeutic Communities: advances in research and application* Rockville: NIDA. From <http://165.112.78.61/pdf/monographs/144.pdf>.
- Leri, F., Bruneau, J., & Stewart, J. (2003). Understanding polydrug use: review of heroin and cocaine co-use. *Addiction*, 98 (1) 7-22. From http://www.oatc.ca/wpcontent/uploads/2013/04/Understanding.polydrug.use_.a mong_.MMT_.patients.pdf.
- Leweke, F. M., & Koethe, D. (2008). Cannabis and psychiatric disorders: it is not only addiction. *Addiction Biology*.13 (2), 264-275. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18482435>.
- Lima, M. S., Soares, B. G., Reisser, A. A, Farrell, M. (2002). Pharmacological treatment of cocaine dependence: a systematic review. *Addiction*. 97, 931-949.
- Lito, A. M., Sousa, I., & Tormenta, S. (2005). *Toxicodependente: trajetórias, perfis sociopsicológicos, padrões familiares e processos mentais*. Disponível em http://docbweb.idt.pt:81/multimedia/pdfs/m_6676.pdf.
- Lizasoain, I., Moro, M. A., & Lorenzo, P. (2002). Cocaína: aspectos farmacológicos. *Adicciones*, 14 (1) 57- 64. Disponível em <http://www.adicciones.es/files/lizasoain.pdf>.

- Londero, I., Sordi, A. O., Kreische, F., & Diemen, L. von (2012). Cocaína e Crack: *In: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social*. UFRGS. Brasília: SENAD. Disponível em http://media.wix.com/ugd/7ba6db_3b4ec8cb8c7b4866a811d8a7d46222ad.pdf
- Loureiro, C., André, M. C., & Lopes, R. C. (2000). *Ética e Toxicodependência*. Informar, 4 (22-23), 84-88.
- Maciel, C., & Correa, K. F. (2004). Complicações psiquiátricas do uso crônico do álcool: síndrome de abstinência e outras doenças psiquiátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (1), 47-50. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a12v26s1.pdf>.
- Mackay, J., & Eriksen, M. (2002). *The tobacco atlas*. Geneva, World Health Organization.
- Maglione, M., Chao, B., & Anglin, M. D. (2000). Correlates of outpatient drug treatment drop-out among methamphetamine users. *Journal Psychoact Drugs*, 32, 221-228. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10908011>
- Magrinelli, M. (2003). *Padrões de consumo e motivação para mudança em dependentes de cocaína*. (Tese de Mestrado). Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande Sul.
- Magura, S., Knight, L. E., Vogel, H. S., Mahmood, D., Laudet, A. B., & Rosenblum, A. (2003). Mediators of Effectiveness in Dual-Focus Self-Help Groups. *American Journal of Drug and Abuse*, 29 (2), 301-322. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1828912/>
- Malbergier, A., & Oliveira, J. R., Pereira, H. da (2005). Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (5), 276-282. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n5/27702.pdf>.

- Mandell, W., Edelen, M. O., Wenzel, S. L., Dahl, J., Ebener, P. A. (2008). Do dimensions of therapeutic community treatment predict retention and outcomes? *Journal of Substance Abuse Treatment*. 35, 223-231.
- Mangado, E. O. (2009). Diferencias de género en el tratamiento de la dependencias de sustancias: *In XXXVI Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol*. Salamanca
Disponível em
http://www.alcoholofilia.org/Noticias_docs/Socidrogalcohol_jornadas_2009.pdf.
- Marques, A. C. P. R., Buscatti, D., & Formigoni, M. L. O. S. (2002). O abandono no tratamento da dependência de álcool e outras drogas: como diminuir este fenômeno? *Jornal Brasileiro de Dependência Química*, 3 (1), 17-23. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000175&pid=S0103-166X200800040000400017&lng=en.
- Marques, A., & Fugas, C. (1990). *Consumo ilícito de drogas*, 2ª Edição. Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga - GPCCD. Lisboa.
- Marsden, V. F. M. G. (2009). Comorbidades entre dependência química, distímia, HIV e HCV: relato de caso. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 36 (1), 31-33. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v36n1/a05v36n1.pdf>.
- Martin, K. A., Sinden, A. R. (2001). Who will stay and who will go? A review of older adults adherence to randomized controlled trials of exercise. *Journal of Champaign*, 9, 91-114.
- Martin, P. R., & Hubbard, J. R. (2000). Substance-related disorders. *In* Ebert MH, Loosen, P.T., Nurcombe, B. *Current diagnosis & treatment in psychiatry*. New York: McGraw Hill. p. 233-259.
- Martins, E.R., & Corrêa, A. K. (2004). Lidar com substâncias psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12, 398-405. Disponível em
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12nspe/v12nspea15.pdf>

- Martins, H. S., Neto, A. S., & Velasco, I. T. (2005). *Emergências Clínicas Baseadas em Evidências; Disciplina de Emergências Clínicas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*: Ed. Atheneu.
- Martins, M., Santos, M. A., & Pilon, S. C. (2008). Percepções de famílias de baixa renda sobre o uso de drogas por um de seus membros. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16 (2), 293-298. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_19.pdf.
- Melús, R., Gutiérrez, T. (1996). Programa de mantenimiento con naltrexona. *Adicciones*, 8 (1), 5-18. Disponível em <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4474000>
- Meyers, R. J., Apodaca, T. R., Flicker, S. M., Sharon, M., & Slesnick, N. (2000). Evidence-based approaches for the treatment of substance abusers by involving family members. *The Family Journal*, 10, 281-288. From <http://tfj.sagepub.com/content/10/3/281.short>.
- Milby, J. B. (1988). *A Dependência de drogas e seu tratamento*. São Paulo: Pioneira EDUSP.
- Miller, L. L., & Branconnier, R. J. (1983). Cannabis: effects on memory and the cholinergic limbic system. Hollister LE. Health aspects of cannabis. *Pharmacology Psychol Bull*, 93 (3), 441- 456.
- Miller, M. D. (2009). *Principles of Addiction Medicine*. Maryland: American Society of Addiction.
- Miller, N. S. (1995). Liability and efficacy from long-term use of benzodiazepines: documentation and interpretation. *Psychiatric Ann*, 3, 166-173.
- Miller, W. R. (1985). Enhancing motivation for change. In Miller W.R. & Heather, N. (Eds.). *Treating addictive behaviors*, 2, 3-24. Nova York: Plenum Press.

- Miller, W. R., Forcehimes, A., O'Leary, M., & LaNoue, D. M. (2008). Spiritual Direction in Addiction Treatment: Two Clinical Trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35 (4), 434- 442. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2600849/>.
- Ministério da Justiça & Escritório das Nações Unidas Contra Droga e Crime (2011). *Programa Nacional Integrado de Luta Contra Droga e Crime em Cabo Verde (2012-2016)*. Praia, Cabo Verde: Autores.
- Ministério da Saúde de Cabo Verde. (2009). *Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental (2009-2013)*. Disponível em: <http://www.minsaude.gov.cv/>
- Mombelli, M. A. C., Marcon, S. S., & Costa, J. B. (2010). *Caracterização das internações psiquiátricas para desintoxicação de adolescentes dependentes químicos*. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDEN&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=20837&indexSearch=ID>.
- Montalvo, F. J., Goñi, L. J. J., Illescas, C., N., Landa, Lorea, E. I., & Zarzuela, A. (2004). *Trastornos de personalidad y abandonos terapéuticos en pacientes adictos: resultados en una comunidad terapêutica*. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33740202>.
- Monteiro, C. F. S., Fé, L. C. M., Moreira, M. A. C., Albuquerque, I. E. M. Silva, M. G., & Passamani, M. C. (2011). Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS- ad do Piauí. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 15 (1), 90-95. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/13.pdf>.

- Mora M., Rei, Corona M.P., Cravioto, P., Villatoro, J., & Kurl P. Del (2002). *Tabaco al uso de otras drogas: el uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas?* Salud Pública. Disponível em http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S0036-36342002000700016&script=sci_arttext.
- Mora, M. E., & Real, T. (2008). Epidemiology of inhalant use. *Curr Opin Psychiatry*, 2008, 21,247-251. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18382222>.
- Morel, A., Boulanger, M. Hervé, F., & Tonnelet, G. (2001). *Prevenção das Toxicomanias*. 1ª.ed. Lisboa,Portugal: Climepsi Editores.
- Mota, L. (2009). *Dependência química e representações sociais: pecado, crime ou doença?* Curitiba: Juruá,
- Muchata, T., & Martins, C. (2010). *Impacto da toxicodependência na parentalidade e saúde mental dos filhos- uma revisão bibliográfica*. Disponível em http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Artigos%20Ficheiros/2010/1/Tetxt4Vol16_n1E.pdf.
- Muck, R, Zempolich, K. A, Titus, J. C, Fishman, M., Godley, M. D, & Schwebel, R. (2001). An overview of the effectiveness of adolescent substance abuse treatment models. *Youth and Society*, 33, 143-168. From <http://web.utk.edu/~dap/SA2003/EffectadolescentSATx.html>
- Musto, D. F. (2002). *One hundred years of heroin*. Auburn House, Westport.
- Nappo, A. S. (2004). *Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação a DST/AIDS*. São Paulo: CEBRID. Disponível em <http://www.obid.senad.gov.br/porais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/327986.pdf>.

- Nappo, S. A., Galduróz, J. M., Raymundo, M., & Carlini, E. A. (2003). Change in cocaine use as viewed by key informants: a qualitative study carried out in 1994 and 1999, in Sao Paulo, Brasil. *Journal Psychoactive Drugs*, 33 (3), 241-251. From <https://www.ncjrs.gov/App/publications/abstract.aspx?ID=192562>.
- Narcóticos Anónimos. (2000). *Só por hoje: meditação diária para adictos em recuperação*. VanNuis, World Service Office.
- Nassif, A. C. N., Filho., Bettega, S. G., Lunedo, S., Maestri, J. E., & Gortz, F. (1999). Repercussões otorrinolaringológicas do abuso de cocaína e/ou crack em dependentes de drogas. *Associação Médica Brasileira*, 45 (3), 237- 241. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42301999000300008&script=sci_arttext.
- National Institute on Drug Abuse. (2009). *Principles of drug addiction treatment: a Research based guide 3.^a ed.* From <http://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment>.
- National Institute on Drug Abuse. (2012). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide 3^a ed.* From <http://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment>
- National Survey on Drug Use and Health (2010): *Summary of National Findings. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the Mental Health Foundation (MHF). Guidelines for the prevention and treatment of benzodiazepine dependence*. Washington: MHF.
- Negreiros, J. (2002). *Estimativa da prevalência e padrões de consumo problemático de drogas em Portugal: Relatório final apresentado ao Instituto Português da Droga e Toxicodependência*. Disponível em www.idt.pt/pt/investigacao/.../relatorio/consumo_problematico.pdf.

- Negrete, D. B. D., López, G. D. A., & Silvestre, J. K. (2010). *Sistema institucional de evaluación de programas de tratamiento consulta externa segundo informe análisis de la permanencia en tratamiento. Informe de investigación 10-05*. Disponível em <http://www.cij.gob.mx/Especialistas/pdf/10-05.pdf>.
- Negrete, J. C. (1992). Cocaine problems in the coca-growing countries of South America. In Bock, G. R., & Whelan, J, editors. *Cocaine: scientific and social dimensions*. Chichester: John Wiley & Sons; p.9-40. Ciba Foundation Symposium 166.
- Neto, T. B. (1999). Atividade Física e Qualidade de vida. In *Anais do I Congresso Centro-Oeste de Educação Física, Esporte e Lazer*. Brasília.
- Nobrega, M. P. S. S., & Oliveira, E. M. (2005). Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. *Revista Saúde Pública*, 39 (5), 816-823, São Paulo. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-.
- Noto, A. R, Galduróz, J. C. F., Nappo, A. S., & Carlini, E. A. (2003). *Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras*. São Paulo: CEBRID-Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo.
- O'Brien, C., & McLellan, A. (1996). Myths about the treatment of addiction. *The Lancet*, 347, 237-240. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2607333/>.
- Ochoa, E., Madoz, G. A., & Salvador, E. (2008). *Diferencias de género en el tratamiento de la dependencia de opiáceos*. Disponível em <http://www.generoydrogodependencias.org/wpcontent/uploads/2012/09/Diferencias-de-g%C3%A9nero-en-el-tratamiento-de-la-dependencia-de-opi%C3%A1ceos.pdf>.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde*. 2ª ed. Lisboa: Climepsi.
- Olievenstein, C. (1988). *Drogas e toxicómanos*. São Paulo: Brasiliense.

- Oliveira, H. P., & Malbergier, A. (2003). Motivação para o tratamento em dependentes de álcool que procuram tratamento especializado. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (1), 5-10.
- Oliveira, K. D. (2010). *Perfil sócio Demográfico, padrão de consumo e comportamento criminoso em usuários de substâncias psicoativas que iniciaram tratamento*. (Tese de Mestrado), Unicamp, São Paulo. Disponível em www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=000771722.
- Oliveira, L. G. de., & Nappo, S. A. (2008a). Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Revista de Saúde Pública*, 42 (4), 664-671. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/6645.pdf>.
- Oliveira, L. G., & Nappo, S. A. (2008b). Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. *Revista Psiquiatria Clínica.*, 34 (6). Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35n6/v35n5a02.pdf>.
- Oliveira, M. P. T. de, & Tedesco, S. (2006). A clínica das farmacodependências: o acolhimento: In Silveira, D. da, & Moreira (Orgs.). *Panorama Atual de Drogas e Dependências* (53-66). São Paulo, Brasil: Artheneu.
- Oliveira, S. M., Szupszynski, K. R., & DiClemente, C. (2010). *Estudo dos Estágios motivacionais no tratamento de adolescentes usuários de substâncias psicoativas ilícitas*. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/7207/521>
- Orford, J., & Keddle, A. (1986). Abstinence or controlled drinking in clinical practice: a test of the dependence and persuasion hypothesis. *British Journal of Addiction*, 81, 495-504.
- Organização Mundial da Saúde (2006). *Neurociência do uso*. São Paulo: Roca

- Organização Mundial da Saúde. (2004). *Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas*. Geneva, Organização Mundial da Saúde. Disponível em www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf.
- Otten, R., Barker, E. D., Maughan, B., Arseneault, L., & Angels, R.C.M.E. (2010). Self control and its relation to joint developmental trajectories of cannabis use and depressive mood symptoms. *Drug and Alcohol Dependence*, 112, 201-208.
- Ozechowski T.J., & Liddle, H.A. (2000). Family-based therapy for adolescent drug abuse: knowns and unknowns. *Clinical Child Family Psychology Review*, 3, 269-298.
- Pala, B. (2004). Il Consumo alcolico femminile tra ricerca di parità e aumento del rischio: quale prevenzione? *Annali dell'Istituto Superiore di Sanita*, 40 (1), 411-446. Disponível em <http://www.hepatitis.iss.it/binary/publ/publi/40141.1107854946.pdf>.
- Pechansky, F, Diemen, L.von, Kessler, F., Hirakata, V. Metzger, D., & Woody, G. (2002). Transtornos relacionados ao uso/abuso de substâncias. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (2), 05-25. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000600003&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1516-44462002000600003.
- Peixoto, C., Prado, C. H. O., Rodrigues, C. P., Cheda, J. N. D., Mota, L. B. T., & Veras, A. B. (2010). Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a usuários de álcool e Drogas (CAPS ad). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59 (4), 317-321. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000400008.
- Pennings, E.J., Leccese, A.P., & Wolff, F.A. (2002). Effects of concurrent use of alcohol and cocaine. *Addiction*, 97 (7), 773-783. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12133112>.

- Pereira, D. S., Souza, R. S. de, Buaiz, V., Siqueira, & M. M. de (2008). Uso de substâncias psicoativas entre universitários de medicina da Universidade Federal do Espírito Santo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57 (3), 188-195. Disponível em www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n3/06.pdf.
- Perkins, K. A. (1992). Metabolics affects of cigarette smoking. *Journal Apply Psysiology*, 72(2), 401-409. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1559911>.
- Perrone, P. A. K. (2012). A “síndrome dos três meses”: a desistência no tratamento da Dependência química em duas comunidades terapêuticas do interior do Estado de São Paulo. (Tese de Mestrado). Faculdade Sudoeste Paulista, Departamento de Psicologia, São Paulo, Brasil.
- Petribu, K. (2001). Comorbidade no transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (2), 17-20. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a04.pdf>
- Planeta, C. S., & Cruz, F. C. (2005). Bases neurofisiológicas da dependência do tabaco. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (5) 251-258. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n5/27699.pdf>.
- Portugal, F. B. Corrêa, A. P. M., & Siqueira, M. M. de (2010). *Alcoolismo e comorbidade em um programa de assistência aos dependentes de álcool*. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v6n1/06.pdf>.
- Prado, M. A. M., & Queiroz, I. S. (2012). A emergência da politização da intimidade na experiência de mulheres usuárias de drogas. *Estudos de Psicologia*, 17 (2), 305-312. Consultado. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n2/15.pdf>.
- Pratta, E. M. M., & Santos, M. A. dos (2006). Reflexões sobre as relações drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. *Estudos de Psicologia* (Natal), 11 (3), 315-322. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2006000300009

- Pratta, E. M. M., Santos, M. A. dos (2009). O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25 (2), 203-211. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2.pdf>.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Norcross, J. C (1994). *Changing for Good*. New York: Paperback.
- Raupp, L. M. & Sapiro, M. C. (2008). A “reeducação” de Adolescentes em uma Comunidade Terapêutica: o Tratamento da Drogadição em uma Instituição Religiosa. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (3), 361-368. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722008000300013&script=sci_abstract&tlng=pt
- Ravndal, E., Vaglum, P., & Lauritzen, G. (2005). La finalización del tratamiento de internamento a largo plazo para drogadictos: Estudio prospectivo de 13 unidades. *RET: Revista de toxicomanías*, (44), 25-30. Disponível em http://www.researchgate.net/publication/28106657_La_finalizacin_del_tratamiento_de_internamiento_a_largo_plazo_para_drogadictos_estudio_prospectivo_de_13_unidades/file/79e41508ea4648765c.pdf.
- Ray, G., Weisner, C., & Mertens, J. (2005). Relationship between use of psychiatric services and five-year alcohol and drug treatment outcomes. *Psychiatry Services*, 56(2), 164-171. From <http://ps.psychiatryonline.org/data/Journals/PSS/3635/164.pdf>.
- Reale, D. (2004). O diagnóstico em crise: a descoberta do uso de droga na adolescência. *In Simpósio Internacional do Adolescente*, 2º, São Paulo. Disponível em http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000082005000200067&lng=en&nrm=abn.
- Reiners, A. A. O., De Azevedo, R. C. S., Vieira, M. A., & De Arruda, A. L. G. (2008). Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciências e Saúde Coletiva*, 13 (2), 2299-2306. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a34.pdf>.

- Ribeiro, L. (2006). Uso religioso e ritual de substâncias psicoactivas: *In* D.Silveira,da.,& F. Moreira (Orgs.). *Panorama actual de drogas e dependências* (435-439). São Paulo: Artheneu.
- Ribeiro, M. S., Ribeiro, L. C., Souza, M. A. G. G. F. de, Sousa, K. D. C. de, & Nogueira, R. B. (2008). Fatores associados à adesão a um programa de tratamento de Alcoolistas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57 (3), 203-211. Disponível em www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000600032 & HYPERLINK "http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000600032"pid=S1413-81232008000600032.
- Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2010). Tratamento da dependência do crack. As bases e os mitos. *In* Ribeiro, M., Laranjeira, R. *O tratamento do usuário de crack*. 1ª.ed. São Paulo, P. 14-23.
- Ribeiro, M. S., Alves, M. J. M., Vieira, E. M. M. de., Silva, P. M.,e., & Lamas, C. V. B.Dal (2008). Fatores associados ao abandono de tratamento em saúde mental em uma unidade de nível secundário do Sistema Municipal de Saúde. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57 (1), 16-22. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a04.pdf>.
- Rodrigues, M. C., Viegas, C. A. A. de, Gomes, E. L., Godoy, J. P. M. de, & Zakir, J. C. O. de (2009). Prevalência do tabagismo e associação com o uso de outras drogas entre escolares do Distrito Federal. *Jornal brasileiro de Pneumologia* , 35, 10, 986-991. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n10/v35n10a07.pdf>.
- Rodríguez, O. G, Villa, R. S, Rodríguez, H. A, Rodríguez, A. R., A., Hermida, J. R. F., Carballo, J. L., Pérez, J. M. E, & Díaz, S. H.,Al. (2007). Efecto de los incentivos sobre la retención en un tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína. *Psicothema*, 19 (1),134-139. Disponível em <http://www.psicothema.com/pdf/3339.pdf>.

- Rodríguez, O. G., Villa, R. S., Rodríguez, H., Rodríguez, A. R., Hermida, J. R. Carballo, J. L., Pérez, J. M. E. Y., & Susana, D. S. H. Al (2007). Efecto de los incentivos sobre la retención en un tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína *Psicothema*, 19 (1), 134-139. Disponível em <http://www.psicothema.com/pdf/3339.pdf>.
- Rodríguez, A. H., Silva, R. P., Gomez, M. V., Hernández, G. R., Nóbrega, M. P. S. S. de, Mitchell, C., Pérez, F. B., Harrison, J., & Smith, P. H. (2012). *Policonsumo simultâneo de drogas em estudantes de faculdades de ciencias de la salud/ciencias médicas en siete universidades de cinco países de América Latinay un país del Caribe: implicaciones de género, legales y sociales*. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21nspe/v21nspea02.pdf>.
- Roffman, R. A., Klepsch, R., Wertz, J. S., Simpson, E. E., & Stephens, R. S. (1993). Predictors or attrition from an Outpatient Marijuana-dependence Counseling Program. *Addictive Behaviors*, 18, 553-566.
- Roig, T. A. (1996). *El modelo americano de Comunidad Terapeutica y su difusion en Europa. XIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol*. Palma de Mallorca, p. 193-214.
- Ross, S., Dermatis, H., Lavounis, S., & Galanter, M. (2003). A comparison between dually diagnostic in patients with and without axis II comorbidity and relationship to treatment outcome. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*; 29 (2), 263-279. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12765206>
- Rossetti, A. C. K., & Santos, V. E. P. (2006). Dependente químico: adesão ao tratamento. *Revista Técnico-científico de Enfermagem*, 4 (14). Disponível em <http://www.scielo.br>.
- Saavedra, F. J. F. (2004). *Actividade motora e toxicodependência: Estudo sobre o efeito de um programa específico de actividade física numa população toxicodependente*. (Tese de Doutoramento). Disponível em https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/20/1/phd_fjfsaavedra_vol1.pdf.

- Sabino, N. M., & Cazenave, S. O. S. (2005). Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. *Estudos de psicologia* 22 (2), 167-174. Disponível em www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2005000200006&script.
- Salgado, J. V., Malloy, D. L.F., Campos, V. R., Abrantes, F., Fuentes, D., Bechara, A., & Correa, H. (2009). Avaliação neuropsicológica do comportamento impulsivo de sujeitos dependentes de álcool em abstinência. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31 (1) 4-9. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31n1/a03v31n1.pdf>.
- Sanchez, M. Z., Van der, & Nappo, S.A. (2002). Progression on drug use and its intervening factors among crack users. *Revista de Saúde Pública*, 36 (4), 420-430.
- Sanchez, Z. M., & Nappo, S. A. (2007). A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (1), 73-81. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a10v34s1.pdf>.
- Sanchez, Z. V. D. M., & Nappo, S. A. (2002). Sequências de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. *Revista de saúde Pública*, 36 (4), 420-430. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4/11760.pdf>.
- Santamaria, E. A., & Aljama, A. U. (2004). *La mujer drogodependiente especificidad de género Y factores asociados*. Disponível em http://www.osakidetza.euskadi.net/v19osk0002/es/contenidos/informacion/publicacions_ovd_otras_investi/es_9061/adjuntos/drogas_ocio.pdf.
- Santilán, A. E., Thrasher, J., Bolaños, R. R., Ayala, R. C., Velasco, R. S., & Ponce, E. (2007). Susceptibilidad al consumo de tabaco en estudiantes no fumadores de 10 ciudades mexicanas. *Salud Publica Mexico*, 49 (2), 170-181. Disponível em <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49s2/a07v49s2.pdf>.
- Santos, A., Calado, A., Coxo, D., Trindade, M. M., & Parente, M. (2011). Co-morbilidade Psicopatológica numa população toxicodependente do Alentejo. *Toxicodependências*, 17 (1), 33-41. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/tox/v17n1/v17n1a04.pdf>.

- Saupe, R., & Alves, E. D. (2000). Contribuição à construção de projectos Político-pedagógicos na enfermagem. *Revista Latino de Enfermagem*, 8 (2) 60-67. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n2/12419.pdf>.
- Sayre, S. L., Schmitz, J. M., Stotts, A. L., Averill, P. M., Rhoades, H. M., & Grabowski, J. J. (2002). Determining predictors of attrition in an outpatient substance abuse program. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28 (1), 55-72. From <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1081/ADA-120001281>.
- Scheffer, M., & Pasa, G. G. (2010). Dependência de Álcool, Cocaína e Crack e Transtornos Psiquiátricos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26 (3), 533-541. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n3/a16v26n3.pdf>.
- Schenker, M., & Minayo, M. C. S. (2003). A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (1), 299-306. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232003000100022&script=sci_abstract&tlng=pt.
- Schmitz, N., Kruse, J., & Kugler, J. (2003). *Disabilities, Quality of Life, and Mental Disorders Associated with Smoking and Nicotine Dependence*, pp.1670-1676. From www.researchgate.net/...Disabilities_quality_of_life_.
- Schneider, D. R., & Lima, D. S. de (2011). Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. *Psico*, 42 (2), 168-178. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/7153/6518>.
- Schmitz, J. M., Schneider, N. G., & Jarvik, M. E. (1997). Nicotine. In Lowinson, J. H., Ruiz, P., Millman, R. B. B., & Langrod, J. C. (Editors). *Substance Abuse-A comprehensive textbook*. pp.276-294. Williams & Wilkins.

- Seabra, P. N., R., Barbosa, S., & Nassano, S. (2010). Programa de minimização e redução de riscos em Torres Vedras. *Revista Toxicodependências*, 16 (2), 79-86. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/tox/v16n2/v16n2a07.pdf>.
- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. (2006). *Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento*. São Paulo.
- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. (2010). *Glossário de álcool e drogas* (2ªed.). Brasília, Brasil: SENAD
- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. (2011). *Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil*. Disponível em Www.casacivil.gov.br/noticias/perfil-brasil.pdf.
- Shaw, J. M., Kolesar, G. S., Sellers, E.M., Kaplan, H. L., & Sandor, (1981). Development of optimal treatment tactics for alcohol with drawal. *Journal Clinic of Psychopharmacology*, 1382-387. From http://www.researchgate.net/publication/15865249_Development_of_optimal_treatment_tactics_for_alcohol_withdrawal._I._Assessment_and_effectiveness_of_supportive_care.
- Siegal, H. A., Li, L., Rapp, R. C. (2002). Abstinence trajectories among treated crack cocaine users. *Addict Behavior*, 27 (3), 437- 449.
- Silva, A. L. da, & Ciampone, M.H. (2003). *Um olhar paradigmático sobre a Assistência De Enfermagem - um caminhar para o cuidado complexo*. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/02.pdf>.
- Silva, C. R. da, Kolling, N. M. de, Carvalho, J. C. N., Silvia C., S. M da., & Kristensen, C. H. (2009). Comorbidade psiquiátrica em dependentes de cocaína/crack e alcoolistas: um estudo exploratório. *Aletheia* ,30, 101-112. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n30/n30a09.pdf>.

- Silva, L. H. P., Borba, L. O., Paes, M. R., Guimarães, N. A., Mantovani, M. F., & Maftum, M. A. (2010). Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. *Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem*, 14 (3): 585-590. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a21.pdf>.
- Silva, L.V. E. R., Malbergier, A., Stempliuk, V.A., & Andrade, A.G. (2006). Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Revista de Saude Publica*, 40 (2). Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v40n2/28533.pdf>.
- Silva, T., & Quintas, J. (2010). Consumo de álcool em toxicodependentes em tratamento. *Toxicodependências*, 16 (3), 45-58. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/tox/v16n3/v16n3a05.pdf>
- Silveira, R.A. (2001). *Caracterização dos adolescentes internados por álcool e outras drogas na cidade de Curitiba*. (Tese de Doutorado). Curitiba: Universidade Federal do Paraná.
- Silveira, D. X. da, & Moreira, F. G. (2006). Reflexões preliminares sobre a questão das substâncias psicoativas: In D. Silveira. da, & F. Moreira (Orgs.). *Panorama actual de drogas e dependências*. São Paulo, Brasil: Artheneu.
- Simpson, D. D. (2004). A conceptual framework for drug treatment process and outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 121-199. From <http://cbirg.fiu.edu/secure/6114/Simpson%202004.pdf>.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., & Broome, K.M. (2002). A national 5-year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry*; 59 (6), 538-44. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12044196>

- Simpson, D. D., Joe, G. W., & Szal, R.G. A. (1997). Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 47, 227-235. Disponível em http://www.gesundinhaft.eu/wpcontent/uploads/2008/11/finalrep_moretreat08101.pdf.
- Sirvent, C., Moral, M.V., Blanco., Rivas, C., Linares, M., & Quintana, L. (2010). *11º Congresso Virtual de Psiquiatria-Interpsiquis 2010: Prediccion del Abandona (vs.exito) terapeutico en adicciones (presentacion del cuestionario VPA-30 (cSirvent,2009), de variables predictoras de abandono y adherencia al tratamiento en adicciones*. Disponível em <http://www.fispiral.com/images/08-ArticulosPublicaciones/Prediccion-del-abandono.pdf>.
- Slotkin, T. A. (2002). Nicotine and the Adolescent Brain: insights from an animal model. *Neurotoxicol Teratol*, 24 (3), 369-384. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12009492>.
- Smith, G.W., Farrell, M., Bunting, B.P., Houston, J.E., & Shevlin M. (2011). Patterns of polydrug use in Great Britain: findings from a national household population survey. *Drug Alcohol Depend*, 113 (2-3), 222-228. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20863629>
- Sordi, A. O., Kreische, F., & Diemen, L. von (2012). Alucinógenos: *In Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social*. UFRGS. Brasília: SENAD. Disponível em http://media.wix.com/ugd/7ba6db_3b4ec8cb8c7b4866a811d8a7d46222ad.pdf.
- Souza, J. de, Kantorski, L. P., & Mielke, F.B. (2006). Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em Capsad-SMAD. *Revista Eletrônica Saúde mental álcool e drogas*, 2 (1), Ribeirão Preto. Disponível em <http://www.revistasusp.sibi.ups.br/scielo.php?pid=S180669762006000100003>.

- Srisurapanont, M., Jarusuraisin, N., & Kittirattanapaiboon, P. (2000). *Treatment foramphetamine withdrawal*. Data base System Revision. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19370579>.
- Stevens, A., Peschk, I., & Schwarz, J. (2007). Implicit learning, executive function and hedonic activity in chronic polydrug abusers, currently abstinent polydrug abusers and controls. *Addiction*, 102(6), 937-946. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17523989>.
- Stotts, A. L., Mooney, M. E., Sayre, S. L., Novy, M., Schmitz, J. M., & Grabowski, J. (2007). Illusory predictors: Generalizability of findings in cocaine treatment retention research. *Addictive Behaviours*, 32, 2819-2836. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2249556/>
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed
- Sullivan, R. J., & Hagen, E.H. (2002). Psychotropic substance seeking: EvolutionaryPathology or adaptation? *Addition*, 97,389- 400.
- Surjan, J., Pillon S., & Laranjeira, R. (2000). *O que acontece com os pacientes dependentes de álcool e drogas que desaparecem das primeiras consultas?* Disponível em <http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/publicacoes/science/Dependentes%20e%20as%20primeiras%20consultas.pdf>.
- Swendsen, J., Conway, K.P., Degenhardt, L., Glantz, M., Jin, R, Merikangas,K.R., Sampson, N., & Kessler, R.C. (2010). Mental Disorders as Risk factors for Substance Use, Abuse and Dependence: Results from the 10-year Follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction*, 105 (6), 1117-1128. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20331554>.
- Szal, R. G. A., Joe, G.W., & Simpson, D. D. (2000). Treatment retention ofcrack and cocaine users in a nacional simple of long term residencial clients. *Addiction research and Theory*, 8 (1), 51-64. From <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/16066350009004409>.

- Tasman, A. (2010). Inhalants. In First, M.B., & Tasman, A. *Clinical Guide to the Diagnosis and Treatment of Mental Disorders*. John Wiley & Sons, West Sussex. 2nd ed. pp. 203-209.
- Taylor, P. (1996). Agentes que atuam na junção neuromuscular e nos gânglios Autônomos. In Hardman, J.C., & Limbird, L.E. (Editores) In Good Man & Gilma. *Asbases farmacológicas da terapêutica* (143-145), 9º edição, México.
- Terra, M. B. (2000). *Fobia social e transtorno de pânico em pacientes dependentes de substâncias psicoativas hospitalizados*. (Dissertação de Mestrado).Rio de Janeiro: Universidade Federal de Rio de Janeiro. Disponível em http://www.proad.unifesp.br/pdf/dissertacoes_teses/tese_doutorado_mauro.pdf.
- Tinoco, R. (2006). Comunidades terapêuticas livres de drogas- da intervenção terapêutica a intervenção ideológica. *Revistas toxicodependências*. 12 (1), 21-30. Disponível em comum.rcaap.pt/bitstream/.../3112/1/Comunidades%20terapeuticas.pdf.
- Tissot, C. L. (2006). *A influência da família sobre a adesão do dependente químico: um estudo piloto sobre a emoção expressão*. (Dissertação de Mestrado).Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/.../CiriloLiberatoriTissot.pdf.
- Torrens, M., San, L., Peri, J. M., & Olle, J. M. (1991). Cocaine abuse among heroin addicts in Spain. *Drug Alcohol Dependence*, 27 (1), 29-34. Disponível em <http://europepmc.org/abstract/MED/2029857/reload=0;jsessionid=iDA0Q2RpoJb bVnZKIFvC.12>.
- Transportation Research Board (2005). Drugs and Alcohol committee. Drugs and traffic: In Symposium: *Transportation Research Circular E-C096;2006; Massachusetts*, EUA. Massachusetts. From <http://onlinepubs.trb.org/onlinepubs/circulars/ec096.pdf>.

- Tyrer, P. (1988). Dependence as a limiting factor in the clinical use of minor tranquilizers. *Pharmac Therapy*, 36,173-188.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2012). *World Drug Report 2011*. From http://www.unodc.org/documents/datanalysis/WDR2011/World_Drug_Report_2011_ebook.pdf.
- United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (2001). *Global illicit drug trends 2001*. Vienna: UNODCCP. From http://www.undcp.org/adhoc/report_2001-06-26_1/report_2001-06-26_1.pdf.
- United Nations Office on Drugs and Crime.(2012). *World Drug 2012*. From http://www.unodc.org/documents/southerncone/Topics_drugs/WDR/2012/World_Drug_2012_Web_Small.pdf.
- Vaillant, G. E. (1996). A long term follow-up of male alcohol abuse. *Arch Gen Psychiatry*, 53,243-249. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8611061>.
- Valderas, J. M., Mercer, S. W., & Fortin, M. (2011). Research on patients with multiple health conditions: different constructs, different views, one voice. *Journal of Comorbidity*, 1, 1-3. From <http://jcomorbidity.com/index.php/test/article/download/11/15>.
- Vasters, G. P., & Pillon, S. C. (2011). O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado.” *Revista Latino-Americana de Enfermagem*,19 (2), 317-124. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_13.pdf.
- Veach, L. J., Remley, T. P., Kippers, S. M., & Sorg, J. D. (2000). Retention predictors related to intensive outpatient programs for substance use disorders. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26, 417-428. From <http://www.researchgate.net/publication/12344917>.
- Veiga, J. M. da (1992). *A droga em Cabo Verde seu consumo, tráfico e combate*. Mindelo: Autor.

- Velho, S. R. B. R. da (2010). *Perfil epidemiológico dos usuários de substâncias psicoativas atendidos no Capsad, Londrina, PR*. Disponível em www.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/112.pdf.
- Verheul, R., Van den Brink, W., & Hartegers, C. (1998). Personality disorders predict relapse in alcoholic patients. *Addict Behaviors*. 23 (6), 869-882.
- Victor, M. (1992). The effects of alcohol on the nervous system. In Mendelson, J.H., Mello, N. K. (editors). *The medical diagnosis and treatment of alcoholism*. New York: McGraw-Hill; p. 201-262.
- Villa, R. S., & Hermida, J. R. (2000). *Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias*. Disponível em <http://www.adicciones.es/files/353-363%20Original%204.pdf>
- Villa, R. S., & Benavente, M. Y. (2000). Predictores de la Retencion en una Comunidad Terapêutica para Drogodependientes. *Adicciones*, 12 (3), 365-371. Disponível em [http://www.adicciones.es/files/365-371%20Original%20HYPERLINK%20\"http://www.adicciones.es/files/365-371%20Original%205.pdf\"5.pdf](http://www.adicciones.es/files/365-371%20Original%20HYPERLINK%20\)
- Villa, R. S., & Hermida, J. R.F. (2000). Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones*, 12, 353-363. Disponível em <http://www.adicciones.es/files/353-363%20Original%204.pdf>.
- Wagner, A.V. (2002). *A comorbidade entre dependência à cocaína e depressão, como fator associado à desistência ao tratamento em comunidade terapêutica. Pelotas:Universidade Católica de Pelotas*. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000259&pid=S0102-311X200800160000700083&lng=en.
- Wallace, B. C. (1991). *Crack Cocaine: a practical treatment approach for the chemically dependent*. New York: Brunner/Mazel.
- Wallace, B. C. (1991). *Crack Cocaine: a practical treatment approach for the chemically dependent*.New York: Brunner/Mazel.

- Wang, M. Q., Collins, C. B., DiClemente, R. J., Wingood, G., & Kohler, C. L. (1997). Depressive symptoms as correlates of polydrug use for blacks in high risk community. *South Medicine Journal*, 90 (11), 1123-1128.
- Washton, A. M., Potash, A. C., Gold, M. S. (1984). Naltrexone in addicted business executives and physicians. *Journal Clinic of psychiatry*, 45, 4-6.
- Watson, S. J, Benson, J. A., & Joy, J. E. (2000). Marijuana and medicine: assessing the science base: a summary of the 1999 Institute of Medicine report. *Arch Gen Psychiatry*, 57 (6), 547-552. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10839332>.
- Weiser, S. D., Dilworth, S. E., Neilands, T. B., Cohen, j., Bangsberg, D. R., Riley, E. D. (2006). Gender- specific correlates of sex trade among homeless and marginally housed individuals in San Francisco. *Journal Urban Health*, 83 (49), 736-740. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16845499>.
- Wetli, C. V., & Fishbain, D. A. (1985). Cocaine-induced psychosis and sudden death in recreational cocaine users. *Journal of Forensic Science*, 30,873-880. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4031813>.
- White, W., & Kurtz, E. (2006). The varieties of recovery experience. *International Journal of Self Help and Self Care*, 3 (1-2), 21-61. From http://www.naadac.org/assets/1959/whitewkurtze2006_the_varieties_of_recovery_experience.pdf.
- White, W., & Whiter, D. (2005). Faith based recovery its historical roots. *Counselor*, 6 (5), 58-62. From http://www.facesandvoicesofrecovery.org/pdf/White/Faith_based_recovery.pdf
- Wild, T. C., Cunningham, J. A., & Ryan, R. M. (2006). Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: A self-determination theory perspective. *Addictive Behaviours*, 31, 1858-1872. From http://www.selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2006_WildCunninghamRyan_SD.pdf.

- Wilkins, J. N, Conner, B. T., Gorelick, D. A. (1998). Management of stimulant, phencyclidine, hallucinogen, marijuana and multiple drug intoxication and withdrawal. In Graham, A.W., Schultz, T. K. (editors). *Principles of addiction medicine*. Chevy Chase: ASAM.
- Wise, R. A. (1984). Multiple mechanisms of the reinforcing action of cocaine. In National Institute on Drug Abuse (NIDA). Cocaine: pharmacology, effects, and treatment abuse. Rockville: Department of Health and Human Services; 1984. [Research Monograph Series n 50].
- World Health Organisation. (2009). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic*. (2009). From <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/index.html>.
- World Health Organization. (2011). *Substance Abuse*. From [http://www.who.int/topics/substance_abuse/ en/](http://www.who.int/topics/substance_abuse/en/)World Medical Association. (2008). Declaration of Geneva.
- Young, A. S. Grusky, O., Jordan, D., & Belin, T. R. (2000). Routine outcome monitoring in a public mental health system: the impact of patients who leave care. *Psychiatric Services*, 51 (1) 85-91. From <http://journals.psychiatryonline.org/article.aspx?Volume=51&page=85&journalID=18>.
- Yui, K., Ykemoto, S., & Goto, K. (2002). Factors for susceptibility to episode recurrence in spontaneous recurrence of methamphetamine psychosis. *Ann New York. Academie Science*, 965,292-304. From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12105105>.

Capítulo VIII: Apêndice

Apêndice I – Formulário de colheita de dados

Instrumento de recolha de informações

Nº de coleta de informações: _____

1. Variáveis sociodemográficas

1.1. Idade: _____ anos completos

1.2. Género: M: ____ F: ____

1.3. Estado Civil:

Solteiro	Casado	Separado	Junto	Viúvo	Divorciado

1.4. Filhos: Sim: ____ Não: ____

1.5. Habilitações literárias:

Sem Escolaridade	Ensino Básico	Ensino Secundário	Ensino Técnico	Ensino Médio	Ensino Superior

1.6. Profissão: _____

1.7. Ocupação: _____

1.8. Coabitação:

Sozinho	Pais	Pai	Mãe	Irmão	Avós	Companheiro	Outro

1.9. Término de tratamento

Data da admissão	Data de saída	Motivo da alta	Completo o programa

2. Padrão de uso de drogas

2.1. Primeira droga consumida

Álcool	Cannabis	Cocaína aspirada	Cocaína fumada/ Crack	Heroína	Haxixe	Outras

2.2. Idade de início de uso de drogas /tipo de drogas

Tipo de droga	Idade (em anos) em que usou a droga pela 1ª vez
Álcool	
Cannabis	
Cocaína aspirada	
Cocaína Fumada/ Crack	
Heroína fumada	
Heroína injectada	
Haxixe	
Outras	

2.3. Tempo de consumo/tipo de drogas

Tipo de droga	Idade (em anos) em que usou a droga pela 1ª vez
Álcool	
Cannabis	
Cocaína aspirada	
Cocaína Fumada/ Crack	
Heroína fumada	
Heroína injectada	
Haxixe	
Outras	

2.4. Tempo de Consumo da Droga que levou a procurar o tratamento (em meses ou anos)

Álcool	Cannabis	Cocaína aspirada	Cocaína fumada/ Crack	Heroína	Haxixe	Outras

2.5. Quantidade e frequência de uso

Substância Psicoactiva	Quantidade	Frequência

2.6. Tratamento Anterior: Sim: ____ Não: ____

3. Comorbidades

Cárie dentária	Diminuição de acuidade visual	Pitíriase Versicolor	Infecção pelo VIH	Infecção pelo Virus da Hepatite B	Transtorno do sono	Afecções digestivas	Afecções respiratórias

Outras (especificar): _____

Apêndice II – Autorização do serviço para realização do estudo

Ex.º Sr.

Autorização no sentido de se salvaguardar a credibilidade da instituição



12/04/12

Director da Comunidade Terapêutica

Granja São Filipe

Praia, 09 de Abril de 2012

Mário António Soares Almada Barros, Enfermeiro, a desempenhar função neste Centro de Tratamento na Cidade da Praia e aluno da Universidade de Cabo Verde (UNICV) a frequentar o Curso Mestrado em Saúde Pública, sob a orientação do Professor José Manuel Bertolote, departamento Saúde Pública – FMB/UNESP (Universidade Estadual Paulista) – Botucatu, pretende elaborar um trabalho de investigação sobre o tema “Adesão ao programa de tratamento dos dependentes de substâncias psicoactivas na Comunidade Terapêutica Granja de São Filipe: características sociodemográficas e clínicas e padrão de uso dos residentes.”

Será utilizada a metodologia quantitativa, aplicação de um instrumento de recolha de dados para as variáveis sócio demográficos e clínicos e padrão de uso.

Para a elaboração do trabalho será necessária a colecta de dados nos processos dos ex residentes, prevendo-se que a mesma deverá ser realizada após o consentimento do Comité de Ética.

Comprometendo-me desde já a não perturbar o normal funcionamento do Serviço.

Assim venho por este meio solicitar a Sr. Director, que seja concedida a autorização para a realização do referido trabalho na instituição que Vossa Excia dirige.

Espero e agradece deferimento.

O Requerente

/Mário António Soares Almada Barros /

Pesquisador

MÁRIO ANTÓNIO SOARES ALMADA BARROS